CAMBIOS DE PANORAMA COMO CONSECUENCIA
DE LAS ADQUISICIONES RECIENTES EN LAS
DIFERENTES ESPECIALIDADES MEDICAS

II

DERMATOLOGIA*

DR. FERNANDO LATAPÍ

DIFÍCIL ES cumplir con este encargo en el breve tiempo señalado ya que la dermatología es una de las ramas de la medicina más extensas; las adquisiciones más o menos recientes son numerosísimas y muy importantes los cambios de panorama, por lo que esta exposición forzosamente será muy incompleta.

Cada día son más las publicaciones sobre importantes progresos en dermatología básica biológica en sus diversos capítulos: anatomía, fisiología, bioquímica, inmunología y muchos más¹ y lo más alarmante es la desproporción entre esta abundancia y el tiempo de que dispone el médico para seleccionar y aprovechar.

Sin embargo no todo lo que se investiga y lo que se publica alcanza a cambiar panoramas por lo menos en corto plazo, y es al escribir estas líneas cuando me dí cuenta del tino con que fue escogido el título de este simposio, aparentemente muy largo, pero llevando como principal propósito el lograr algo útil para el médico en general.

Como primer punto, no hay especialidades más que en cierto modo, por ejemplo en lo que se refiere a las técnicas, pero la medicina en su vida real es forzosamente integral, y lo limitado de cada uno de nosotros lo suple en gran parte el trabajo en equipo. Por eso uno de los asuntos más importantes me parece no la existencia de una *relación entre todas las ramas de la medicina*, la cual siempre ha existido, sino el reconocimiento cada vez mayor de esta relación, de la cual si hubiera tiempo presentaríamos muchos ejemplos. Baste con uno: el llamado

* Trabajo presentado por su autor en la sesión del 7 de octubre de 1964.

síndrome de Vogt-Koyanagi² o sea leucodermia más uveítis. ¿Qué dermatólogo o médico general bien informado no recurre al oftalmólogo en un caso así?

Las estadísticas con todos sus defectos y limitaciones nos son cada vez más útiles, bien interpretadas. Saber cuántos casos de diferentes males se registran aquí y allá, antes y hoy en consultas públicas y privadas, constituye una orientación. Unas enfermedades se van, otras vienen, otras se van y vuelven. A Saúl y a Ruiz Maldonado debemos la contribución más amplia publicada en este año sobre Epidemiología de las Enfermedades de la Piel en las principales ciudades de nuestro país, con base en más de 38,000 casos cutáneos de la ciudad de México. Se confirma³ que en la ciudad predominan las dermatosis reaccionales, encabezadas por la dermatitis por contacto. En el campo mexicano,⁴ por el contrario siguen siendo más abundantes los padecimientos microbianos y parasitarios.

Algo que no cambia: *la clínica es primero*, y los exámenes complementarios, si son necesarios, después. Un caso:⁵ pápulas escamosas no pruriginosas en palmas y plantas. El médico piensa un diagnóstico. Hace un estudio completo;⁶ anemia, cloasma y alopecia de cejas, embarazo de seis meses. V.D.R.L. positiva, 64 dils. Diagnóstico: Sífilis temprana en mujer con embarazo de seis meses. Tratamiento: 6 millones de penicilina benzatina. Tres meses después: Curación clínica, niño sano.⁷

Sobre el mismo tema: uno de los cambios más importantes fue la caída brusca de la pandemia sífilítica después de la II Guerra Mundial y de la aparición de la penicilina. En los Estados Unidos, de 100,000 casos en 1947 se fue bajando hasta 6,000 en 1957. En México, en esa década prácticamente no veíamos sífilis activa, y se llegó a creer que había desaparecido. Pero, *la sífilis ha vuelto*. En los mismos EE.UU., en los últimos años se ha llegado a 150,000 casos nuevos por año (W. Brown), y aquí ya la vemos casi a diario. Seguramente la dulce Simóneta es inocente, pero ¿qué nuevos vientos la empujan nuevamente hacia nuestras playas?⁸ Se habla de relajamiento de costumbres, de homosexualismo; mas ¿acaso no los ha habido siempre? Se está de acuerdo en atribuir el gran descenso a la "lluvia de penicilina" que cayó sobre la humanidad por varios años como un "cúralotodo", y el regreso, a que la penicilina "pasó de moda" y se le tiene miedo. Enseñemos otra vez sifilología a los estudiantes de medicina.

Esta *era de los antibióticos* que tantos beneficios trajo, tuvo también algunos perjuicios, por ejemplo el aumento de la *moniliasis*⁹ sobre todo por el empleo de troscos bucales y supositorios vaginales.

La *griseofulvina*, un antibiótico con dedicatoria para la dermatología, por vía oral cura la tiña de cabeza^{10, 11} y la de las uñas de las manos.^{12, 13} El panorama no cambia tanto, ya que por su costo elevado sólo la pueden tomar los niños ricos o asegurados, y la tiña abunda entre los pobres, ciudadanos y campesinos.

Ya casi no es noticia que se cura *la tuberculosis de la piel*¹⁴ y que si el diagnóstico se hace a tiempo ya no hay mutilaciones.¹⁵

La milenaria *lepra*¹⁶ ya también se cura gracias a las sulfonas, y si hay diagnóstico temprano¹⁷ esta curación es sin secuelas.¹⁸ Aquí el medicamento es barato, pero hay que organizar bien la lucha.

Las *sulfonamidas* tienen muchos puntos buenos en su haber. Con algunas más recientes, de eliminación lenta: sulfametoxipiridazina y derivadas, se obtiene la curación clínica del micetoma por actinomicetos.^{19, 20} Sin embargo, no son superiores a las sulfonas, y son mucho más costosas.

El "otro filo" de las sulfas es bien conocido. Por su aplicación tópica se ven a diario las *dermatitis por contacto*²¹ junto a las provocadas por antibióticos, mercuriales, antihistamínicos y analgésicos. El gran poder sensibilizante de estas sustancias y la imaginación de los publicistas²² nos explican esta abundancia.

El enfermo "por curarse" nunca pasa de moda. La *dermatitis medicamentosa*, o sea por vía oral o parenteral, ocupa un buen lugar junto a la anterior. Antes era el arsénico o el oro,²³ hoy la penicilina o los analgésicos derivados de la antipirina,²⁴ por no citar sino algunos. Es un diagnóstico en el que siempre hay que pensar.

En esta breve selección no todos son aspectos negativos. Obtenemos la curación clínica del *lupus eritematoso crónico fijo*²⁵ con las *cloroquinas*, mejor que con medicamentos anteriores.²⁶ Es lástima que se les empieza a encontrar efectos colaterales importantes si su administración es prolongada.

Naturalmente antes de terminar hay que hablar de los *corticosteroides*, bien y mal, ya que ambas cosas merecen. En dermatología, la indicación principal, indiscutible, es el pénfigo,²⁷ antes siempre mortal en breve plazo. Gracias a la cortisona, bien manejada, hoy el enfermo de pénfigo cura clínicamente²⁸ y sobrevive un tiempo variable, pocas veces indefinidamente con cortas dosis de mantenimiento. Es una sobrevida "preñada con alfileres", pero es algo mejor que antes. Se usan también en las llamadas "colagenosis" sistémicas (*lupus eritematoso agudo*, *dermatomiositis*, *esclerodermia*) por no haber casi otra cosa que hacer, pero los resultados son mucho menos buenos que en el pénfigo. En general, por fin, se pierden estas batallas.

Tienen algunas indicaciones poco conocidas del médico general, como por ejemplo en las tuberculosis cutáneas hiperérgicas, donde a pequeñas dosis, su poder antiinflamatorio sirve como mordente para la mejor actuación de las drogas específicas. Lo mismo pasa en algunos casos de *lepra tuberculoide*²⁹ que mejoran con pequeñas dosis³⁰ (caso de Lavalle). Creemos que evitan la paradoja terapéutica en las neuritis tuberculoides de la lepra, y por el contrario, estamos completamente opuestos a su uso en lepra lepromatosa, especialmente en la "reacción leprosa" pues el resultado inicial favorable es completamente engañoso, ya que el rebote es después incontrolable, y el paciente queda en "dependencia cortisónica", con todos los riesgos conocidos.

De hecho no aceptamos otras indicaciones para los corticosteroides, sino más

bien contraindicaciones. Por ejemplo, en la *neurodermatitis infantili*³¹ se entra también en un callejón sin salida, y actualmente casi a diario recibimos pacientes en la situación lamentable del rebote cortisónico tan difícil de manejar. Tampoco aceptamos la vía tópica para estos casos. Después de la mejoría inicial, que vemos en tantos articulitos y anuncios de revista, ¿qué pasa después? Todos lo sabemos.

La psoriasis,³² martir de los adelantos en dermatología. Enfermedad relativamente bien soportada, antes era embarrada con ungüentos malolientes que los enfermos desechaban. Hoy, los corticosteroides por vía sistémica empeoran y producen hasta eritrodermias. Dicen Baer y Knof, que es como tener agarrado un tigre por la cola.

Por vía externa, está de moda la pomadita chiquita y carita y la envoltura con papel celofán. No pasa de ser una moda traída por la propaganda. No vale la pena.

Otro peligro para la pobre psoriasis son los antimetabolitos. Sorprende la revelación de Burks, sobre la muerte de dos pacientes en el Hospital de Bethesda, a consecuencia del tratamiento intravenoso por metroxamato. Se olvida el "antes que nada no hacer daño".

Si todo fuera la cara de luna,³³ pero ya sabemos que no.

Por último, en otros países, por clima, alimentación, la piel es suave.³⁴ Nosotros todavía tenemos la pelagra, ¿por hambre crónica y sol ardiente, piloto prendido en la larga noche de nuestro camino hacia el desarrollo?³⁵