

Reflexiones sobre dermatomicología clínica *

Por el Dr. VICENTE RAMÍREZ R.

No considero aventurado afirmar que una de las ramas de la Dermatología que ofrece horizontes de más amplias perspectivas, así en el plano puramente teórico y especulativo como en el terreno clínico y práctico, en el que encuentra aplicaciones fecundas y a las veces insospechadas, es la de los padecimientos cutáneos originados por la acción patógena de hongos.

La atención del mundo médico fué atraída por primera vez hacia esta importante rama en las postrimerías del siglo pasado y principios del presente, con los trabajos de Schenk (1898) y de Beurmann (1903), sobre la esporotricosis. De épocas anteriores se debe mencionar como precursores a: Hooke, 1677; Langenbech, 1838; Schoenleyn (favus), 1839; Gruby (tiña circinata), 1842; Eychstedt (tiña versicolor), 1846; Tilbury Fox (tinea pedis), 1870.

A partir de los trabajos iniciales sobre la esporotricosis que acabo de citar, en pocos años alcanzó la dermatomicología considerable desarrollo, mereciendo citarse entre las contribuciones fundamentales que más hicieron adelantar los conocimientos acerca de esta materia y más ampliamente favorecieron el desarrollo de sus aplicaciones clínicas, los trabajos de Sabouraud, que no tardaron en convertirse en clásicos y sirven de guía y pauta para la clínica y para las investigaciones de laboratorio sobre el cultivo y la identificación de hongos patógenos.

Quienes por razón de la actividad profesional a que nos dedicamos, tenemos oportunidad de observar constantemente enfermos de piel, no nos sorprendemos ya de encontrar, con frecuencia que parece cada vez mayor, diferentes y variados tipos de dermatomicosis. Y también estamos familiarizados con el hecho, que es casi regla constante, de que estos enfermos hayan pasado antes por las manos del médico general sometidos a los más diversos tratamientos tópicos o internos, la mayoría de las veces sin verdadera indicación clínica o terapéutica, y sin que se haya sospechado siquiera la real naturaleza del mal.

Aparte de ello, que implica la necesidad urgente de una am-

* Trabajo de turno reglamentario leído en la sesión del 23 de julio de 1941.

plia divulgación de estos conocimientos y en general una mayor educación dermatológica del médico, es procedente señalar por lo que respecta a los exámenes micológicos, que éstos en nuestro país no han alcanzado todavía el suficiente desarrollo para ponerse con facilidad al alcance de la Clínica, y ser consultados con la misma sencillez con que se recurre a una investigación micrográfica o bacteriológica, o química, por ejemplo. Sería por ello de desearse que las instituciones y laboratorios que están dotados con los elementos y equipos ad hoc, realizaran una campaña de cooperación con los médicos particulares, a fin de que éstos encuentren las facilidades de que hoy se carece en materia de recursos de laboratorio para diagnóstico de esta clase de padecimientos.

Sin pretender agotar las referencias de la literatura médica nacional sobre la materia, citaré entre las más importantes los trabajos del Dr. Jesús González Uruña acerca de las tiñas y epidermoficias; los del Dr. Cicero también relativos a las tiñas y además sobre las blastomicosis y granuloma coccidioide; y uno, muy reciente y muy documentado, del Dr. Manuel Martínez Báez, publicado en la Revista del Instituto de Salubridad y Enfermedades Tropicales y titulado "Un caso probable de dermatitis verrucosa", padecimiento hasta ahora no descrito entre nosotros, y que recibe también los nombres de cromomicosis o cromoblastomicosis, habiéndose encontrado algunos casos en los Estados Unidos y sobre todo en Sud-América.

En nuestro suelo, el capítulo de las dermatomicosis está representado principalmente por los tipos clínicos que a continuación señalo, refiriéndome únicamente a los de mayor frecuencia. Las tricoficias, desde luego, constituyen un gran contingente, dominando las tiñas tricofíticas propiamente dichas, que forman la mayoría de las tiñas tonsurantes de la infancia, ya que el favus es excepcional y raras las tiñas microspóricas. Las tiñas tricofíticas con cuadro clínico bien definido se presentan, según lo que en mi modesta experiencia he podido observar, en el orden de frecuencia siguiente:

Primero, tricoficia de cultivo crateriforme, con correspondencia entre la clínica y el cultivo; segundo, tricoficia de cultivo acuminado, también con paralelismo entre la clínica y el labora-

torio; tercero, las **tricoficias** que clínicamente corresponderían al cultivo violáceo de los autores extranjeros, pero cuyo cultivo, sin embargo, no ha dado las características descritas por dichos autores; y por último, numerosas variedades de **tiñas**, las más abundantes en mi opinión, que con las características clínicas de las variedades consideradas en los grupos anteriores, no dan cultivos correspondientes a la descripción clínica, sino cultivos de aspectos muy diversos: amorfos, de color gris, pardo y otros.

Entre las **epidermoficias**, algunas pertenecen a cuadros clínicos bien definidos, como el eritrasma, la epidermoficia inguinal, la pitiriasis versicolor, etc, con los hallazgos micológicos respectivos y clasificación del hongo; pero hay una gran mayoría de casos, con cuadro clínico de micosis, y aun con hallazgo de estructuras parasitarias, en los que no se ha hecho ninguna clasificación micológica. En las zonas de clima tropical y también entre la población campesina, es muy frecuente observar dermatosis con aspecto clínico de micosis (recuérdense por ejemplo los vulgares "empeines"), y en las cuales no se ha intentado la identificación de los hongos causantes. Bastaría citar, entre otros ejemplos y como comprobación de lo anterior, lo que se observa en las zonas pintógenas, en donde el pinto suele presentarse asociado a dermatomicosis comprobadas microscópicamente y desarrolladas principalmente en las partes de revestimiento cutáneo más queñizado, como las plantas de los pies y palmas de las manos. Otras veces la dermatosis es generalizada, caracterizándose por abundante descamación, como la tiña imbricada, al grado de merecer el calificativo de ictiosiforme; en este caso como en el anterior, los resultados del tratamiento antiparasitario confirman la naturaleza micósica del mal. Con cierta frecuencia también se presentan enfermos, procedentes principalmente de los Estados de Chiapas y Tabasco, con cuadros clínicos dermatológicos confundidos con el vitiligo y que corresponden probablemente a la acromia parasitaria de Jeanselme, localizándose como ésta en el cuello y cara de los pacientes. A nuestra consulta se han presentado casos probables de tiña negra palmar de las manos, que sometidos a la prueba del tratamiento han curado en un tiempo relativamente corto y que habían sido confundidos con queratosis de la misma región y de muy distintas causas. No dejaré de señalar el grupo

tan numeroso y polimorfo de las **dermatosis** producidas por **levaduras**, así como las **reacciones alérgicas** correspondientes, que reciben el nombre genérico de **levurides**; unas y otras tan dóciles a los tratamientos apropiados, cuando han sido bien identificadas, y en cambio tan rebeldes, tenaces y persistentes cuando bajo un diagnóstico erróneo, tan frecuentemente cometido en la práctica diaria, son sometidas a la acción tópica de una infinidad de agentes que, lejos de mejorarlas, las exacerban y desarrollan lesiones irritativas que complican, agravan y deforman la dermatosis original.

De paso señalaré un recurso de orden diagnóstico que me parece de utilidad. Quiero referirme a la luz de Wood, la cual aplicada en zonas cutáneas en las que se sospecha dermatomycosis, produce una fluorescencia verdosa especial, si realmente esa es la naturaleza del mal. Mi experiencia sobre el particular me confirma cada vez en la utilidad de este recurso, que juzgo tiene un gran campo de acción como auxiliar en el diagnóstico de las lesiones micóticas cutáneas, y permite llegar a la conclusión de la naturaleza parasitaria de un gran número de dermatosis que a menudo se confunden con padecimientos cutáneos de variadas y distintas causas.

Al grupo de las **onicomicosis**, habría que aplicar comentarios parecidos a los precedentes, sobre todo en el capítulo de la falta de identificación de los hongos productores, particularmente en aquellos casos que se observan en el adulto sin antecedentes de tiña de la infancia.

De las **micosis profundas**, mencionaré las que en mi práctica he observado que se presentan la mayor parte de las veces a confusiones y serios errores de diagnóstico; especialmente en los casos de localizaciones atípicas, como sucede en los **micetomas**. En efecto, cuando el micetoma **radica en el pie**, produciendo el cuadro típico del pie de Madura, en regla general no hay grandes dificultades de diagnóstico clínico; pero si la localización cambia y por consiguiente la región afectada no es la habitual, como he tenido oportunidad de observar algunos casos, en que el mal se localizaba en la región glútea y otro en la pared abdominal anterior, este caso visto en el Instituto de Enfermedades Tropicales, gracias a la deferencia del Sr. Dr. Antonio González Ochoa, en-

cargado del laboratorio respectivo y quien hizo el diagnóstico micológico; en estos casos, repito, de localizaciones atípicas, la dificultad de diagnóstico es grande y se cometen habitualmente serios errores. El mismo género de dificultades se presentan por lo que se refiere a las **blastomicosis** y a las **esporotricosis**, y para estos casos considero verdaderamente indispensable el auxilio del laboratorio, sin dejar de reconocer que hay casos rodeados de tales dificultades que aun el laboratorio ha sido negativo y sólo han podido ser identificados por la prueba del tratamiento específico yodurado.

Si tal acontece para las dermatomicosis profundas más conocidas, qué decir de aquellas otras especies menos frecuentes en nuestros climas y que por lo mismo casi ni se sospecha su existencia, y como citarlas todas sería imposible, básteme nombrar el gran grupo de las epidermomicosis tropicales, de las que nuestro país, por razones geográficas, es tributario y asiento de una flora variadísima.

Este tema, que apenas he tocado, se prestaría para grandes desarrollos, fuera de mis pretensiones y de los límites a que debo circunscribir esta modesta nota, la que ante todo pugna por dar un toque de atención para que se emprenda cuanto antes el estudio de capítulos de nuestra patología regional, que están todavía en espera del investigador acucioso para entregarle los arcanos que encierran. Si además vuestros comentarios doctos vinieran a ilustrar de un modo más amplio y documentado la tesis que sustento y esta H. Corporación se dignara hacer suyas las conclusiones que a continuación paso a formular, mis propósitos empezarían a realizarse con halagadoras perspectivas.

Conclusiones

1o.—Hay en nuestro país un gran número de dermatosis con caracteres de micosis, cuya clasificación clínica y micológica aún no se ha realizado, y que constituyen un campo abierto para la investigación clínica y de laboratorio.

2o.—Es indispensable mejorar la cultura dermatológica, insistiendo acerca de estos temas, que me atrevo a calificar de in-

terés nacional, en los cursos de dermatología para estudiantes y para graduados.

3o.—Es necesario poner al alcance del médico, con todas las facilidades requeridas, los medios del laboratorio para el diagnóstico de las dermatomicosis.

Evolución de la cirugía prostática *

Por el Dr. AQUILINO VILLANUEVA

La hipertrofia prostática o adenoma de la próstata trae un conjunto de sistemas y de trastornos urinarios, que en realidad no son ocasionados por la glándula prostática, sino por grupos glandulares localizados en la uretra, en el cuello vesical, glándulas sub-cervicales, sub-trigonales, etc., etc., en los que la próstata en sí no es la responsable por sí sola de dichos trastornos.

El prostatismo debe significar todas las perturbaciones de la micción provocadas por las alteraciones estructurales de la porción uretro-cervical, acarreando disintonía en la dinámica urinaria. Cualquiera alteración benigna o maligna sufrida por los elementos epiteliales, glandulares o de revestimiento, tejido conjuntivo o muscular de esa porción, pueden motivar el prostatismo que debe ser interpretado como un trastorno funcional, y así debemos de aceptar las palabras de Guyon que hace más de 40 años hablaba de los prostáticos sin próstata, es decir, aquellos enfermos que con trastornos urinarios de importancia, al tacto rectal se apreciaba la existencia de una próstata normal o pequeña y con todos los fenómenos clásicos del prostatismo.

El término de la hipertrofia prostática sanciona el error anatómico-patológico reconocido por todas las Escuelas Urológicas, pero respetado por los fueros de ciudadanía ya adquiridos quizá desde que Rilán había bautizado con el nombre de próstata algunas de las glándulas sexuales accesorias; no así la Escuela Francesa, que, basada en los trabajos de Motz y Periarneau presentados en 1905 y confirmados posteriormente por los trabajos de Marqués, Cuneu, Legueu, Marion, Papin, Verliac y otros muchos, de que la hiper-

* Trabajo de turno reglamentario leído en la sesión del 6 de agosto de 1941.