

## ASPECTOS HISTORICOS DEL MAL PINTO\*

DR. OSWALDO ARIAS

DE TODAS las crónicas, relaciones, cartas, etc., que llegaban a Europa a fines del siglo xv y principios del xvi de las islas y tierra firme descubiertas más allá de la mar oceana, y que se dispersaban por Universidades, monasterios y poblados, ávidos de noticias del *Mundus Novi*, ni los embaídos relatos de Cristóbal Colón, ni los novelescos de Américo Vespucio, ni los realistas de Fernández de Oviedo y Pedro Mártir, de Angleria, ni los conmovedores de Bartolomé de las Casas, encierran, en el aspecto descriptivo de los pobladores de esas tierras que no eran la India soñada por el genovés, la impresionante noticia que Hernán Cortés, desde el Anáhuac, da a Carlos V en una de las 20 cartas de relación: "En este país de ventura hay rarezas en la color de sus habitantes, presentando variedades en un mismo individuo".

Ese mal que manchaba de varios colores la piel de los naturales era oriundo de América. En la Historia General de Fernández de Oviedo, que es la historia de las islas y el continente, tal como la viviese Oviedo de 1492 a 1548, en la etapa de 1506 a 1516, antes de la llegada de los esclavos procedentes de Africa, Oviedo menciona a los indios Carates que vio en Castilla del Oro, en las costas del mar Caribe: "aquellos que tienen levantados los cueros, a manera de empeynes".

Noticias más precisas sobre esta enfermedad se mencionan en el siglo xviii. En 1760, Folanco, en el Diccionario Enciclopédico o Algarabía, se ocupa del mal del pinto.

En 1787, el Padre José Antonio Alzate cita la enfermedad en el Estado de Michoacán. Al enterarse que el mal tenía poco de ser conocido en esa región Alzate lo atribuyó a las perturbaciones atmosféricas originadas por la aparición de un volcán (1759) o quizás a castigo divino a la manera como Ambrosio Paré

---

\* Trabajo de Sección (Dermatología), leído en la sesión ordinaria del 17 de abril de 1963.

calificó a la Sífilis (“Castigo inventado por la ira de Dios, para refrenar la lascivia de los hombres”).

En esa misma época en 1789, el Obispo Fuero de Chiapas, hablaba ya del pinto o tiña que invadía esa región del sur.

En abril de 1811 el Dr. Antonio Ma. Berecochea, un médico chiapaneco, requerido por el Gobernador Intendente de Chiapas para que informase “con la claridad y posibles circunstancias” el origen del mal, “su modo de propagarse y el de su exterminio”, expresó que “del origen de la enfermedad no podía dar ninguna razón; que la enfermedad era tan antigua como la lengua chiapaneca”; la describió como “una mutación de los tegumentos comunes en diferentes colores o manchas sin elevación, pústulas, tubérculos ni erupciones en la superficie del cutis, con alguna aspereza y comezón en la parte afectada cuando sudan”.

En su estudio detalla causas próximas y remotas; a las remotas las divide en externas e internas.

Ya en 1811 señalaba como tratamiento del mal del pinto: “el ungüento mercurial o las pociones a base de bicloruro de mercurio”.

En ese mismo año, en junio de 1811, otro chiapaneco, don Pedro José de Corona, Regidor del Ayuntamiento de Ciudad Real, resumía sus notables observaciones sobre la enfermedad —él, que no era un médico— y expresaba conceptos que sólo 130 a 150 años después connotaríamos aquéllos que hemos estudiado las formas clínicas: “nunca se manifiestan las manchas desde su principio”. “Primero les salen unos empeines, con los cuales se mantienen mucho tiempo; éstos se van extendiendo a proporción, y en el centro va desapareciendo el empeine, dejando la mancha negra, blanca, azul o encarnada y así se van cundiando hasta que se ponen pintadas. Si en el principio se cura el enfermo con la simple untura de cebo y azogue, desaparece dentro de breve tiempo de aquel lugar”.

En 1862, época del Segundo Imperio, el Dr. Juan J. León, publicó en el Boletín de la Sociedad Mexicana de Geografía y Estadística un trabajo sobre la tiña endémica de Tabasco, Chiapas y el sur de México; en él señaló 3 formas clínicas: la blanca, la rosada (variantes: colorada o roja), la azul (variantes: negra y morada). En la evolución de cada una de ellas León marcó los períodos de invasión, desarrollo, descamación y ulceración (sic); describió la leucotriquia y consideró, con criterio científico, que la discromía se debía a una disminución de la melanina y que la base anatomopatológica era una inflamación.

Respecto a la etiología supuso que la enfermedad era causada por la ingestión de maíz parasitado por un hongo, al que denominó *Uredo carbo*. Dado el mejoramiento de la afección con ungüento mercurial y la similitud entre las lesiones cutáneas de la sífilis y el mal del pinto, J. León pensó que la enfermedad tenía relación con la sífilis, por lo que propuso designarla como *Syphpirolis Thelodérmica*.

Consideró que el mal del pinto se trasmite por herencia, por contagio y a

través de la picadura del "jején", que inocular el virus de los enfermos a los sanos.

L. Chassin, en su tesis recepcional en 1868, en México, denominada "El Pinto, su origen, sus causas y su tratamiento", afirmó que los diferentes colores de la enfermedad presentan períodos evolutivos de un mismo proceso que principiaba por una equimosis (mancha azul) y terminaba con una cicatriz (mancha blanca).

J. Gómez de Colombia, en 1879, en tesis recepcional en la Facultad de Medicina de París denominada "DuCarathe ou tache endemique descordilleres", establecía —como Chassin— que los períodos evolutivos expresaban un mismo proceso y admitía 4 variedades según el color del pigmento.

#### TEORÍA MICÓSICA

El 14 de agosto de 1879 nuestra Academia Nacional de Medicina convocó a un concurso sobre el estudio de "El Mal del Pinto". Su naturaleza, sus formas, marcha y terminación, modo de propagarse y su mejor tratamiento".

Concurieron los doctores Ruiz Sandoval (trabajo premiado), José Ma. Iris y un autor anónimo. La Comisión dictaminadora la integraron J. Barragán, Eduardo Licéaga y Domingo Orvañanos.

Tanto el estudio de Ruiz Sandoval, como el del Dr. Iris son valiosos trabajos en el conocimiento clínico del mal del pinto.

Ambos pensaron que la enfermedad era producida por un hongo, teoría que persistió hasta las primeras décadas de nuestro siglo.

Ruiz Sandoval encontró un microsporium en las escamas, al que denominó *Microsporium hidalgoense* y propuso llamar a la enfermedad *Dermatomicosis polispilósica*.

Puntualizó la relación foco endémico-corrientes fluviales.

En 1889, el Académico Domingo Orvañanos, se ocupó del mal del pinto en el "Ensayo de Geografía Médica y Climatológica de la República Mexicana y Guillermo Téllez publicó una curiosísima monografía en México.

El Dr. Angel Gaviño en 1892 dio a conocer su "Estudio de la Patogenia del Pinto".

Montoya y Flores, de Colombia, en su tesis recepcional de la Facultad de Medicina de París en 1898: "Recherches sur les Carates de Colombia", imbuyó en los centros dermatológicos europeos, la noción de que el mal del pinto era una dermatomicosis.

Barge y Sabouraud admitieron este concepto y Blanchard hizo suyo el hongo de Ruiz Sandoval, etiquetándolo como *Trichophyton pictor*.

Montoya y Flores describió algunas especies de hongos; afirmó que éstos segregaban pigmentos de diversos colores, los cuales al depositarse en la epidermis darían el matiz de las manchas.

Folkes, en los Estados Unidos, puso en duda, en esos años finales del siglo XIX, la teoría micósica.

El profesor Darier en 1903, en Francia, los académicos González Uruña en 1907 y José Terrés en 1908, en México, se ocuparon del mal del pinto.

En 1906, otro distinguido académico mexicano, el Dr. Manuel Toussaint, dio a conocer su notable contribución, primera en su género, respecto al estudio de la histopatología del mal del pinto.

En 1909, el académico Nicolás León, publicó interesantes trabajos sobre aspectos clínicos y terapéuticos del mal del pinto.

La teoría micósica persistió hasta el 2o. y 3er. decenios de nuestro siglo XX, como ya hemos dicho, en Francia, no sólo Barbe, Sabouraud y Blanchard, sino también Jeanselm, Le Dantec, Darier y Brumpt; Sir Patrick Manson, en Inglaterra; en Perú, Escomel, y Lasso Meneses; en Colombia y Costa Rica, Peña Chavarría y Shipley; en México, Joaquín González Urueta y el distinguido Isaac Ochoterena.

#### TEORÍA ESPIROQUETÓSICA

En diciembre de 1926, González Herrejón, trabajando en el pabellón de Dermatología del Hospital General de México, desechó la teoría micósica.

“Repugna al buen sentido admitir diez especies distintas de agentes patógenos para una sola enfermedad, ya que el criterio moderno, con justísima razón, funde en una sola entidad morbosa las variedades plomiza, roja y blanca, que llegaron a creerse independientes, aunque afines. Admitimos la existencia de hongos en la piel de los pintos, pero no creemos que exista el hongo del mal del pinto”. (En 1930, Brumpt, en la última edición de su Tratado de Parasitología, daba una lista de veinte especies, causantes del mal del pinto, según diversos autores.

En 1917, en su trabajo en colaboración con Pallares “Nuevas orientaciones en el estudio del Mal del pinto”, escrito con notable sagacidad clínica, refieren cómo empezaron dicho estudio “fieles creyentes también de la teoría micósica, pero que pronto, la diversidad de hongos que encontraron en los cultivos, la ineficacia de las inoculaciones, que en los mismos hicieron, los caracteres de las manchas, su frecuente simetría, su igualdad de formas, tamaños y el mismo grado de evolución comparando la de un lado con la del otro; la distribución topográfica de las discromias, casi opuestas a la de las micosis cutáneas, les hicieron formar una convicción contraria al papel patógeno de los dermatofitos: las poliadenitis encontradas, las ligeras esplenomegalias, los desequilibrios neurovegetativos, los datos citológicos, etc., les convencieron de que el mal del pinto era una enfermedad general y ante esa evidencia y teniendo en cuenta que la reacción de Wasserman era en todos los casos intensamente positiva y considerando ade-

más que la enfermedad se curaba con mercurio, arsénico o bismuto, se imponía el concepto de una espiroquetosis, semejante a la sífilis y al pian<sup>7</sup>.

El alto porcentaje de positividad de las reacciones serológicas para la sífilis en los pintos, ya había sido señalado por W. Menck, del Hospital de Santa Marta en Colombia, en 1926 y por Uribe Escobar en ese mismo país. Sólo que Menck pensó en una asociación de factores etiológicos y que el desarrollo del caraté (pinto) "is in same way related to an old treponematosi<sup>8</sup>", Menck estaba convencido de que prácticamente todos los casos clínicos que estudió de pinto, paludismo y disentería amibiana, tenían antecedentes o mostraban signos de sífilis o pian.

Fueron, por lo tanto, los Dres. Salvador González Herrejón y Manuel Pallares quienes por primera vez, en abril de 1927, hace 36 años, infirieron la hipótesis espiroquetósica del mal del pinto. En 1930, el ilustre dermatólogo norteamericano Howard Fox, después de un viaje a México, en el que estudió pintos en Iguala y Mezcala, Gro., practicando biopsias y siembras infructuosas de escamas en medio de Saboureaud, aceptó la noción de una enfermedad general, desechó la hipótesis micósica y llevó al VIII Congreso Internacional de Dermatología y Sifilografía (Copenhague, 1930) la hipótesis del trabajo de los autores mexicanos. Su ponencia se sintetiza en cuatro puntos:

- 1º El mal del pinto no es causado por la acción local de un aspergillus o de otro hongo.
- 2º El mal del pinto no es una manifestación de la sífilis.
- 3º Mientras que la causa queda desconocida, se sugiere una infección general posiblemente espiroquetósica.
- 4º El mal del pinto en México y el Caraté de Colombia, son idénticos.

Langeron, 1936, en la *Nouvelle Pratique Dermatologique*, Tomo IV, puso un sagaz epitafio a la teoría micósica: "esta teoría queda como un bello ejemplo de los errores a que puede conducir la aparente facilidad de la Micología y los peligros a que se exponen los que se dedican a este género de investigaciones sin estar preparados por estudios especiales".

No pasó un decenio sin que se conociese al causante de esa singular afección llamada el mal del pinto; y fue un treponema.

El 3 de agosto de 1938, en La Habana, el Dr. Alfonso Armenteros, al observar al campo oscuro una gota de linfa obtenida del borde de una lesión palmar hiperqueratósica de un probable caso de mal del pinto (pinta cubana) vio un treponema. El caso y el hecho fueron presentados a la Sociedad Cubana de Dermatología y Sifilografía por el Jefe del Servicio del Hospital de Nuestra Señora de las Mercedes, Dr. Braulio Sáenz y publicado de inmediato por éste, Grau Triana y Alfonso Armenteros en los Archivos Cubanos de Medicina Interna (Volumen IV; No. I; 1938).

Después, Francisco León y Blanco, histopatólogo del Servicio, encontró treponemas en jugo ganglionar y en cortes de piel enferma: en las células del cuerpo mucoso de Malpighi (León y Blanco) y en las mallas de la dermis, preferentemente en los sitios en que se aprecia la máxima distorsión del pigmento (Braulio Sáenz).

Dada la escasez de casos de pinto en Cuba, León y Blanco tomó la iniciativa de venir a México. En el Hospital General y en el Hospital Militar nos demostró la existencia del treponema en la linfa obtenida por raspado superficial de la piel de la áreas enfermas, plegada con una pinza larga y raspada poco a poco, para evitar la hemorragia. Vimos que la técnica era simplísima, de lo más elemental, y, sin embargo, ¡escapó durante tres decenios a magníficos investigadores mexicanos!

Ya para octubre de 1938, a más de los casos vistos en la Ciudad de México, León y Blanco había investigado el treponema en 91 casos de mal del pinto en Iguala, Gro., observó treponemas en 88 de los 91 casos. Brumpt, estudiando el treponema en biopsias que se le enviaron de México, denominó a la nueva especie: *Treponema carateum* (marzo de 1939) lo que dio prioridad a esta designación.

Las investigaciones de León y Blanco fueron confirmadas en 1939 por Gómez Farías y en 1940 por Varela y Nieto Roaro. El inquieto médico cubano describe, en mayo-junio de 1939, en la *Revista Médica Militar*, las lesiones de principio; el treponema del mal del pinto y la histopatología de las lesiones cutáneas y de los ganglios linfáticos. En Julio de 1940, Latapí y León Blanco dieron a conocer en la *Revista Medicina* y en una comunicación de nuestra Academia Nacional de Medicina, las lesiones de principio del mal del pinto.

#### LA ENFERMEDAD EXPERIMENTAL

Mosser, Varela y Vargas habían fracasado en 1936 en sus intentos de transmitir experimentalmente el mal del pinto.

En 1939, León Blanco logró en México la transmisión experimental de persona a persona. Se autoinoculó *in anima nobile*, con treponemas obtenidos de un enfermo evidentemente pintoso. Adquirió la enfermedad y tras de describir las lesiones iniciales se sometió a tratamiento.

A la experiencia de León y Blanco siguió la autoinoculación en noviembre de 1939 del Dr. Aguirre Pequeño, de Monterrey, N. L. Este investigador dejó evolucionar la enfermedad durante largos meses y así pudo describir las lesiones iniciales, las de diseminación y las sistematizadas.

Cuando León Blanco, de regreso en Cuba, volvió a inocularse con treponemas obtenidos de un caso de pinta cubana cuidadosamente seleccionado, el ya famoso

patólogo cubano desarrolló lesiones de sífilis, las que observó el dermatólogo mexicano Manuel Cañas, a la sazón en La Habana.

Posteriormente Oteiza y Curbelo y Condo en Cuba, Gerardo Varela en colaboración con Olarte, Turner y Hollander en México, entre otros, estudiaron el pinto experimental en el conejo y el Hamster.

#### LAS REACCIONES SEROLÓGICAS EN EL MAL DEL PINTO

Cuidadasas reacciones serológicas señalaron las respuestas biológicas al treponema *Carateum*. De ello se han ocupado, a partir de 1940, Eliseo Ramírez y Rivero, Ignacio González Guzmán, Varela, Olarte y Castro Estrada (1945), Márquez Rein y Arias (1945). Briseño Rossi en Venezuela; Uribe Escobar en Colombia, en los Estados Unidos Chargin y Rein (1941) y el Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos en un estudio serológico en colaboración con nosotros (Chamblee, Georgia, 1957).

#### EL TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD

El tratamiento del mal del pinto ha seguido, paralelamente, los tratamientos históricos y modernos de la sífilis.

Al empleo del mercurio durante 480 años, siguió el de los arsénicos trivalentes y pentavalentes a partir de Cratz en 1913.

Villanueva Urrutia indicó la bismuto-terapia en su tesis recepcional de la Escuela Médico Militar en 1929. Soberón y Parra, en 1940 había puntualizado el tratamiento con arsénico y bismuto.

En junio de 1943 Mahoney, en los Estados Unidos, señaló la utilidad de la penicilina en el tratamiento de la sífilis. Apenas un año después Zozaya, Varela y Castro Estrada, en México, preconizaron el empleo de la penicilina en el tratamiento del mal del pinto.

Rein, Kitchen, Márquez y Varela en 1952, demostraron la posibilidad de una satisfactoria respuesta clínica y serológica tras la aplicación de una dosis de 1.200,000 unidades de penicilina G. procaína en aceite con 2% de mono-estearato de aluminio.

Un tratamiento aún más efectivo, a base de una combinación de Penicilina G Procaína, Penicilina Potásica y N, N' dibenciletilen-diaminadipenicilina, puestas en una sola inyección con una concentración sanguínea eficaz de más de dos semanas de duración, fue dado a conocer en 1955 por Márquez, Rein y Arias.

#### CONCEPTO DE TREPONEMATOSIS ÚNICA

En el primer Congreso de Treponematosis efectuado en 1956 en Washington D. C., y al que llevamos un estudio comparativo entre pinto y sífilis, Hudsins se-

ñaló que el parásito treponema es el mismo para la sífilis, el pinto y el pian y que las diferencias encontrables sólo son cuantitativas en naturaleza, caracterizando razas más bien que especies. Debemos pensar en términos de formas de treponematosi (Stitt).

De acuerdo con la vida primitiva del tipo aldea, de acuerdo con el clima, el mismo treponema produce el pian, el begel o el mal del pinto y en medios de vida urbana desarrollada, una treponematosi venérea: la sífilis (y así vuelve a nacer la célebre frase de Kraft-Ebbings: civilización: cibilización).

Recordemos que los marineros y conquistadores españoles y portugueses de los siglos xv y xvi llevaron de las islas del Mar Caribe y de las costas noratlánticas de América del Sur —las áreas del pian— una afección que se convirtió en una enfermedad epidémica en Europa, a la que se le dio el nombre de sífilis.

En 1955, en un original estudio sobre la epidemiología del pinto, presentado en la Conferencia Internacional del Control del Pian, en Nigeria, por Gerardo Varela, concluyó que la enfermedad pintosa es una treponematosi endémica que sólo se encuentra en las áreas rurales y sub-urbanas y que afecta a aquellos que viven en las más bajas condiciones económicas e higiénicas. La transmisión natural del treponema se lleva a cabo por contacto directo y no hay evidencia de que los artrópodos intervengan en dicha transmisión.

#### LA ERRADICACIÓN DE LA ENFERMEDAD

El 1º de marzo de 1960 la Secretaría de Salubridad y Asistencia inició en México la campaña de erradicación del mal del pinto. Principió en el Estado de Guerrero, en los 7 municipios más afectados: Tepecuacuilco; Huitzuc; Apango; Zumpango; Copalillo; Atenango y Leonardo Bravo.

Han sido ya tratados más de doscientos mil enfermos, con un depósito único de 1.200,000 unidades de penicilina procaínica o benzólica.

A partir de este año de 1963, se trabaja en 7 entidades, bajo la jefatura del Dr. Alfonso Elizondo: Guerrero, Michoacán, Puebla, Morelos, México, Oaxaca y Chiapas, a fin de erradicar la enfermedad transmisible.

En el afán de una erradicación en sus valores absolutos, el 6 de julio de 1962, la Secretaría de Salubridad y Asistencia inició, en el Instituto de Enfermedades Tropicales, Servicio del Dr. González Ochoa, estudios de tatuajes tendientes a eliminar la secuela más estigmatizante, desde el punto de vista social, del pinto tardío: las manchas acrómicas.