

NUEVA INFORMACION ACERCA DE LA
REHABILITACION DEL MAL DEL PINTO *

DR. A. GONZÁLEZ OCHOA**
DR. M. MARTÍNEZ BÁEZ**
DR. O. ORTEGA**
DR. L. DOMÍNGUEZ**

EN UNA comunicación preliminar (Alvarez Amézquita, González Ochoa y Domínguez) presentada en la XVI Reunión Anual de la Sociedad Mexicana de Higiene en noviembre de 1962, y nuevamente leída en la Tercera Reunión Anual de la Asociación Mexicana-Guatemalteca de Salud Pública en febrero de este año, señalábamos que a pesar de la eficacia con que la Campaña de Erradicación del Mal del Pinto se viene efectuando, lo que hace suponer que en algunos años esta endemia nacional desaparecerá del país, el problema del enfermo con lesiones residuales o cicatriciales tendrá que persistir toda su vida, puesto que seguirá siendo "pinto". Ya no será un eslabón en la transmisión de la enfermedad, ya no tendrá manchas azules, moradas, ni lesiones eritemato-escamosas, ni queratosis, prurito u otro signo o síntoma de enfermedad; pero continuará siendo un "pinto de manchas blancas". Las implicaciones de tal situación son enormes; el pinto curado con manchas cicatriciales continuará considerándose enfermo, los miembros de su familia, no pintosos, las personas a su alrededor que no tengan manchas, le mirarán con repulsión y en forma despectiva.

Si el sujeto se desplaza a zonas no pintosas la actitud del conglomerado social en que vive es de lo más agresiva; estas manchas blancas, que no afectan su salud física, van minando su personalidad y acaban por destruir, máxime si pertenece a un nivel cultural no muy bajo, tanto su ánimo como el de las personas más allegadas que le rodean. Aunque el pinto de manchas blancas de ninguna manera

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

** Departamento de Dermatología Tropical, Instituto de Salubridad y Enfermedades Tropicales.

presenta problema de contagio, esto no es del dominio público, y se le considera como un enfermo extremadamente contagiante por estar arraigado en el vulgo el concepto de gran contagiosidad del pinto, inclusive el de manchas blancas, al grado de haber trascendido en el dicho popular usado en la región pintosa de Coalcomán, Mich., de que "sólo se pega la jiricua y lo que Dios quiere". Para el pinto todo es dificultad en su vida, desde niño se le ridiculiza y se le aísla, después se le niega el trabajo, y el matrimonio se retrasa hasta que no sane, y ¿cuándo se obtendrá la desaparición de sus manchas blancas, que es el criterio vulgar de curación?

Quienes saben que el "pinto blanco" no es contagioso es una minoría lamentable; los médicos inclusive, con contadas excepciones, en presencia de un "pinto blanco" no obstante que ya fue correctamente tratado, ordenan las reacciones sero-luéticas, y al encontrarlas positivas, puesto que en un gran porcentaje de casos no se verifica la conversión a la negatividad, prescriben de nuevo penicilina y frecuentemente la acompañan de arsenicales y bismútics, por lo que el caso en cuestión reafirma su convicción de que es un enfermo, y de igual manera las personas que le rodean. Es por esto que no nos cansaríamos en insistir hasta la saciedad que debe ser del conocimiento del enfermo, del público, y particularmente de los médicos, en quienes este error es imperdonable, que las manchas hipocrómicas del pinto tratado no son sino secuelas que ha dejado el padecimiento, y que es un enfermo, pero un enfermo sólo de la mente por la conducta hostil que para él tiene todo mundo debido a la ignorancia reinante a este respecto.

También fue señalada en esa nota la enorme magnitud del problema, puesto que dentro de la población pintosa se calcula que aproximadamente la mitad son "pintos blancos", o sea unos 200.000 casos, y que la incidencia de este tipo de sujetos es de tipo acumulativo, y más aún, tendrá que llegar el día, cuando la Campaña de Erradicación del Mal del Pinto cumpla su misión, en que solamente habrá "pintos blancos".

En esa misma comunicación se expuso cómo el Sr. Secretario de Salubridad y Asistencia, doctor José Alvarez Amézquita, autor senior de la misma nota, concibió la idea de rehabilitar al "pinto blanco", o sea privarlo del estigma de sus manchas, para así restituirle en su dignidad que le corresponde como ser humano. Aunque esta rehabilitación venía considerándose punto menos que imposible, el señor secretario propuso, como ya fue mencionado en la primera comunicación, dos soluciones: una inmediata, urgente, que tuviera como finalidad el enmascarar esas manchas de manera duradera, la que fue calificada como medida *práctica*; y la otra medida, que cabría llamarle *científica*, consistiría en la investigación tendiente a lograr la repigmentación fisiológica; pero como el encontrar un procedimiento de esa naturaleza seguramente implicaría una investigación prolongada, puesto que ni siquiera existe información acerca del mecanismo de la despigmentación, el mismo Dr. Alvarez Amézquita encomendó a uno de nosotros

(González Ochoa) el que se ocupase de encontrar la manera práctica y eficaz de tatuar las acromías pintoas.

Los primeros ensayos fueron infructuosos, como lo han sido en las acromías del vitiligo, situación muy semejante clínica e histológicamente a las manchas leucodérmicas residuales del pinto. Finalmente obtuvimos resultados alentadores, como se mostró en las proyecciones que acompañaron la comunicación preliminar aludida, pero también obtuvimos fracasos y los hemos seguido observando, aunque creemos que será posible llegar a evitarlos.

En esta segunda comunicación expondremos nuevas observaciones, modificaciones al procedimiento expuesto anteriormente, y la información histológica de lo que acontece en la intimidad de los tejidos con el pigmento introducido en la piel, presentando con los estudios aportados por otro de nosotros (Martínez Báez) la imagen de la mancha hipocrómica antes de tatuada, la disposición del pigmento en las capas de la piel aproximadamente después de un mes de tatuaje, y lo que sucede en una mancha que fue tatuada y posteriormente se despigmentó.

Procedimiento.—Seguimos empleando el Dermajector de Conway, modelo B, en el que un cabezal provisto de 12 agujas, accionado por un motor eléctrico vibra con movimientos de vaivén produciendo de 10 a 60 impactos por segundo. Estas agujas, con los requisitos ordinarios de asepsia, se aplican a la piel acrómica donde previamente se ha extendido la mezcla de pigmentos suspendidos en aceite de sésamo, desplazando las agujas sobre la mancha con una inclinación de 45° a 90°; el cabezal se presiona más o menos de acuerdo con el tipo de piel para lograr que las agujas penetren hasta la dermis, presión condicionada al sitio anatómico y a la edad del sujeto. Una vez hecho el tatuaje se limpia con agua y jabón la zona tratada y se hace un retoque en aquellos sitios donde el pigmento no penetró o su penetración no fue uniforme, terminando la sesión por aplicar un ungüento antiséptico.

Problemas encontrados.—Las condiciones que rigen nuestros tatuajes son diferentes de las del tatuaje artístico. Este generalmente es lineal y se hace en sitios anatómicos donde la piel asienta sobre un cojinete de tejidos blandos, como antebrazos, pecho, mientras que nuestros tatuajes se hacen en capa, en superficies extensas y en salientes óseas o donde no hay tejidos blandos bajo la piel, como muñecas, dorso de manos y dedos, dorso de pies, etc.; por otra parte, las suspensiones colorantes que nosotros usamos son mezclas de varios pigmentos, contrariamente al tatuaje artístico en el que no se emplean mezclas, sino colores únicos. Estos dos factores: sitio anatómico y mezclas de pigmentos son los que dificultan el procedimiento, creando dos problemas fundamentales en algunos casos: dificultad para introducir los pigmentos y eliminación de éstos semanas después de haberse obtenido el tatuaje.

En el primer problema, dificultad en la introducción de los pigmentos, parece tener significación la densidad de la mezcla aceite-pigmentos, ya que una densi-

dad fija no conviene a todos los casos ni sitios cutáneos por tatuar. Este problema, que no ha sido enteramente resuelto, confiamos que será posible obviar teniendo mezclas pigmentarias de diversas densidades y buscando, por ensayos previos, la densidad apropiada.

El segundo problema, o sea la eliminación del pigmento una vez que se ha conseguido el tatuaje, eliminación que se hace a través de un proceso descamativo, pensamos que podrá ser controlado al tener un mayor conocimiento de lo que acontece en la intimidad de las capas celulares de la piel tatuada, o sea de la re-

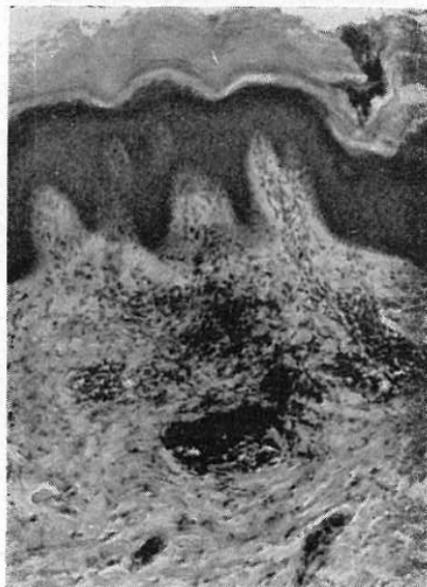


FIGURA 1

acción histológica producida por el traumatismo y la presencia de los pigmentos; esta reacción histológica, según se verá por la información hasta ahora obtenida, no es de consideración. Tal vez el uso de pigmentos y vehículos no irritantes, más la adición de corticosteroides a las mezclas pigmentarias, eviten la expulsión del pigmento.

Estudios histológicos de la piel tatuada.—Estos, que son practicados por uno de nosotros (Martínez Báez), y los que serán objeto de una comunicación por separado, muestran hechos sumamente interesantes. Un fragmento de piel comprendiendo una porción tatuada y otra sin tatuar muestran, comparativamente,

que la zona no tatuada presenta la capa córnea ortoqueratósica engrosada, compacta, uniforme y adherente; el *stratum lucidum* muy aparente, grueso, continuo y uniforme; el *stratum granulosum* con espesor variable y formado por tres a seis hiladas de células con granos abundantes. El cuerpo malpighiano ostenta una acantosis leve, irregular, con aspecto normal de sus células, pero con ausencia total del pigmento, tanto por la falta de melanóforos como porque en la hilada



FIGURA 2

germinativa no se ve pigmento. En la dermis hay vasodilatación así como infiltración celular perivascular, que forma manguitos de grosor variable, compactos, formados sobre todo por células mononucleadas pequeñas que en su mayoría parecen ser histiocitos. Hay, además, una sensiblemente mayor abundancia de fibrocitos que la que se ve en la dermis normal.

En la porción del corte correspondiente a la zona tatuada (fig. 1) se observan, de cuando en cuando, unas soluciones de continuidad irregularmente lineales en dirección vertical a la superficie cutánea, las que en su mayoría se detienen en el estrato granuloso, y que incluyen algunos granos finos de pigmento negro; al-

gunas de estas soluciones de continuidad son más grandes (fig. 2) y se acompañan de una depresión en la porción correspondiente del cuerpo malpighiano, don-

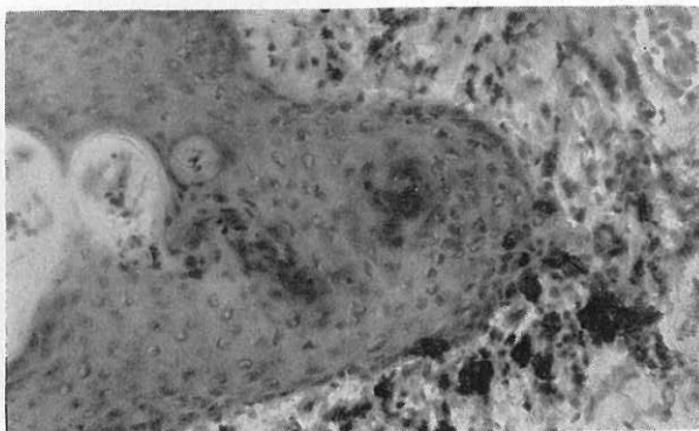


FIGURA 3

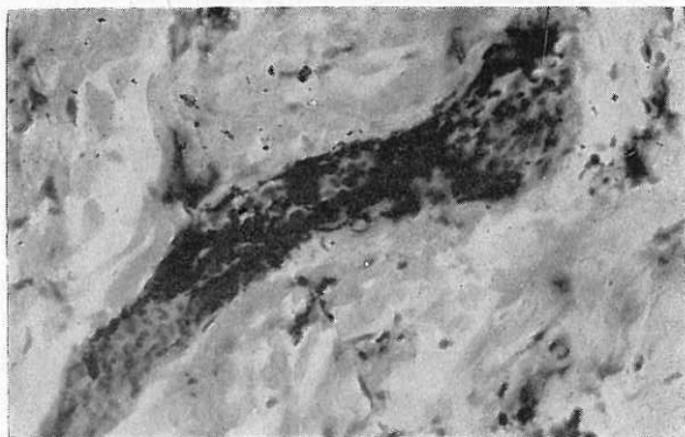


FIGURA 4

de se observan granos de pigmento menos voluminosos y compactos que los vistos en la capa córnea, advirtiéndose el pigmento de la capa germinativa y en la basal. En la dermis hay también cúmulos toscos del pigmento (fig. 1), especialmente

entre las porciones papilar y reticular; a veces, el pigmento (fig. 3) se encuentra libre, en granos aislados, pero más comúnmente se le ve llenando el citoplasma de macrófagos de contorno irregular con prolongamientos filiformes ramifi-



FIGURA 5



FIGURA 6

cados, como se ve en los melanóforos (fig. 4), el pigmento también se encuentra frecuentemente dentro de histiocitos perivasculares adheridos a las paredes de los vasos (fig. 4). En algunas porciones de sitios cercanos a las soluciones de conti-

nidad de la capa córnea se encuentran algunas células gigantes polinucleadas, de cuerpo extraño, completamente ocupadas con pigmento.

Por esta información histológica es posible interpretar que el colorante, introducido mecánicamente en la piel, es captado inmediatamente por histiocitos en función macrofágica, y, al menos a veces, provoca reacción que se manifiesta por la formación de células gigantes multinucleadas que capturan parte de ese pigmento; pero al parecer la reacción provocada por la introducción del pigmento no produce gran diferencia entre el aspecto histológico de la piel tatuada con relación a la no tatuada, fuera de la presencia del pigmento en la primera. En conclusión, se puede pensar que en estos casos la introducción del pigmento no



FIGURA 7

suscita una reacción intensa, ni que pudiera interpretarse como conduciendo a la eliminación eventual del pigmento.

Resultados.—Resultados concretos del tatuaje pueden apreciarse en las fotografías que muestran casos antes del tratamiento (figs. 5), casos con tratamiento unilateral en que se han dejado como control las manchas homolaterales (figura 6), casos en los que se produce el proceso descamativo y la eliminación del pigmento (fig. 7), y finalmente casos totalmente tratados, varias semanas después del tatuaje.

Ningún efecto colateral de importancia ha sido registrado hasta el presente. Potencialmente podrían presentarse estados de sensibilización y queloides. En prevención de posibles estados de sensibilización usamos pigmentos aprobados como no sensibilizantes por la Food and Drugs Administration. Por lo que se refiere a la formación de queloides, antes de practicar el tatuaje averiguamos que

el caso no presenta tendencia a hacerlos, para lo que basta el examen dermatológico, dado que prácticamente la totalidad de los casos corresponde a campesinos expuestos a multitud de traumatismos, y que de tener esa tendencia ya mostrarían algunos queloides. No hemos observado accidentes de tipo infeccioso, bastando las medidas mínimas convencionales de asepsia para que no se presenten.

Indiscutiblemente que, desde la comunicación preliminar sobre este tema, a la fecha, hemos mejorado el procedimiento debido a la experiencia acumulada. Baste decir que entonces no conocíamos de casos en los que el tatuaje desapareciera. Además, el hecho de que la introducción de los pigmentos no parece suscitar una reacción histológica intensa, autoriza a pensar que con mayor experiencia será posible hacer modificaciones al procedimiento que lo harán más práctico y eficaz. Desde luego que continuamos en la búsqueda de otros recursos para enmascarar las manchas blancas, tales como la introducción de pigmentos por ionización, como experiencias semejantes al procedimiento para la curtiembre de pieles y otros que no vale la pena mencionar hasta que hayamos obtenido algunos resultados. En conclusión: creemos que es prudentemente razonable el expresar que lo obtenido significa una contribución inicial para privar al pinto, ya curado, del estigma de sus manchas residuales.

Pero la rehabilitación física emprendida, sin duda fundamental por traer la solución del problema psicológico en el caso tatuado, no puede extenderse a los miles y miles de "pintos blancos"; por consiguiente, bastante se podrá lograr con la rehabilitación psicológica, y para ello es absolutamente indispensable que el médico, el maestro, el sacerdote, el boticario, etc., etc., es decir, todos aquellos individuos pivote en las poblaciones pintosas sepan y divulguen que el "pinto blanco" no es un enfermo, y que ellos principien por ya no mirarle con repulsión, dándole el trato humano que tanto necesita para sobreponerse a todo el cortejo de trastornos emocionales que le producen el estigma de sus manchas blancas.

Se han sostenido las falacias de que el pinto en su ambiente pintoso no es discriminado, y que, por otra parte, es un individuo burdo, sin sensibilidad; estas falsedades, dichas por personas con autoridad en la materia, han causado enorme daño; baste como argumento en contra de esa necedad que no existen poblados donde el 100% sean enfermos, y que en los lugares pintosos aquellos individuos que se libraron de la dermatosis adoptan actitudes de superioridad; para sostener este aserto es suficiente mencionar que hay poblados donde al niño pintoso se le niega el ingreso a la escuela.

No conocemos del impacto que ese trato hostil hace en la mente de los pintos, porque no hay estudios psicológicos al respecto, estudios que valdría la pena se iniciasen; pero es evidente que el pinto tiene el comportamiento del resentido, con una particular reluctancia para dar una nueva orientación al tipo de vida al que su situación le ha compelido, y que para encubrir sus sentimientos de inferioridad, de falta de ánimo, de fracaso, siguen por la línea de menor resistencia, sin

ánimo, sin entusiasmo, y no es extraño que alcancen los niveles más bajos en su actividad y productividad, con la consiguiente repercusión económica para las zonas pintosas.

RESUMEN Y CONCLUSIONES

En esta nota presentamos nuevas observaciones sobre el tatuaje de las manchas acrómicas residuales del mal del pinto, principiándose por señalar la enorme magnitud del problema, que asciende aproximadamente a 200.000 casos de "pintos blancos" en el país, y, dado que estas manchas son postlesionales del pinto ya curado, llegará el día en que sólo habrá "pintos blancos".

El desconocimiento reinante de que las manchas leucodérmicas del pinto tratado son lesiones residuales o cicatriciales, inclusive entre gran parte del medio médico, conduce a que el conglomerado social les mire con hostilidad y repulsión, lo que acaba por minar su personalidad con la consiguiente repercusión en su salud mental.

Para rehabilitar a estos sujetos, el Sr. Secretario de Salubridad y Asistencia, Dr. José Álvarez Amézquita, propuso la medida inmediata del tatuaje, mientras que pudiera encontrarse un procedimiento fisiológico con el que se obtenga la repigmentación.

A la fecha, nuestras experiencias en el tatuaje de esas manchas acrómicas residuales con el aparato Conway modelo B han dado resultados alentadores. Dos son los principales problemas que hemos encontrado en algunos casos: dificultad para la introducción de los pigmentos y expulsión de los pigmentos de las zonas ya tatuadas a través de un proceso descamativo. El primer problema parece que podrá obviarse con mezclas oleo-pigmentarias de diversas densidades; en cuanto al segundo, creemos que tal vez se evitará con el empleo de pigmentos y vehículos no irritantes más la adición de corticosteroides.

Los estudios histopatológicos de la piel tatuada muestran que existen soluciones de continuidad lineales, producidas por la penetración de las agujas, en dirección vertical a la superficie cutánea, las que en su mayoría se detienen en el stratum granuloso donde se observan abundantes granos de pigmento negruzco, advirtiéndose éste en menor cantidad en la capa germinativa, en la basal y en la dermis, ya sea libre o más comúnmente fagocitado por macrófagos, así como también dentro de histiocitos perivasculares y escasas células gigantes de cuerpo extraño. Esta imagen histológica sugiere que la introducción del pigmento no suscita una reacción intensa que al parecer conduzca a su eliminación eventual.

En conclusión: confiamos que con las medidas expuestas para obviar las dificultades en la introducción del pigmento, y evitar su expulsión, que se presentan en algunos casos, será posible lograr que el procedimiento sea práctico y eficaz para privar a muchos "pintos blancos", aunque por el momento no se pueda

decir que a la mayoría, y menos aun a la totalidad, del estigma de sus manchas leucodérmicas.

Además de la rehabilitación con el tatuaje debe emprenderse una rehabilitación psicológica, fundamentalmente tratando de convencer al "pinto blanco" de que no es un enfermo, y divulgando este concepto en las zonas pintosas para lograr que se les dé un trato humano, lo que ayudaría bastante a que estos enfermos, tan sólo de la mente, se sobrepongan a los trastornos emocionales producidos por sus manchas blancas.