

Discurso de Apertura. Valladolid. 1977-1978

UNIVERSIDAD DE VALLADOLID

PEDRO ALVAREZ-QUIÑONES CARAVIA

CATEDRÁTICO DE DERMATOLOGÍA

LA DERMATOLOGIA
EN LA
MEDICINA ACTUAL

DISCURSO DE APERTURA DEL CURSO 1977-78

VALLADOLID

1977

LA DERMATOLOGIA EN LA MEDICINA ACTUAL

DISCURSO DE APERTURA DEL CURSO 1977-78

BiCe
Disc. Apert. UVA 77/78



5>0 0 0 0 4 0 7 1 0 2



COPIA 407102

3.95.785

UNIVERSIDAD DE VALLADOLID

PEDRO ALVAREZ-QUIÑONES CARAVIA

CATEDRATICO DE DERMATOLOGIA

LA DERMATOLOGIA
EN LA
MEDICINA ACTUAL

DISCURSO DE APERTURA DEL CURSO 1977-78



VALLADOLID

1977

Depósito Legal: VA. 629 - 1977

Talleres tipográficos de la Editorial SEVER-CUESTA. Prado, 10 y 12 - Valladolid, 1977



Índice

	Págs.
Introducción	7
La especialización	11
La dermatología como especialidad de la Medicina.	17
Orientaciones actuales en dermatología	23
Lepra	35
Enfermedades venéreas	39

Introducción

Los usos universitarios tradicionales establecen la celebración de un Claustro extraordinario, para el acto solemne de la inauguración de cada nuevo curso académico, en el que un catedrático ha de pronunciar la correspondiente lección o discurso de apertura. En virtud del turno vigente en nuestra Universidad, me corresponde en esta ocasión el leer ese discurso o, empleando la expresión que figura en el Reglamento de 1922, el dar lectura a la «oración inaugural»¹. Si, como creo, ha de entenderse en este caso por «oración» el «discurso pronunciado en público con ánimo de persuadir a los oyentes», entonces he de manifestar que nada puede estar más lejos de mi ánimo que la pretensión de persuadir a quienes puedan escucharme, de algo de lo que, en virtud de mi propio escepticismo, me sienta yo mismo profundamente necesitado de ser persuadido. Es por esto por lo que he pensado que debía de rehuir la tentación de ocuparme, como posible tema de este discurso, de cuestiones referentes al sentido de la Universidad, a su situación actual o al destino que para ella podamos vislumbrar en el incierto futuro de la humanidad. Son cuestiones que siempre me han preocupado, y que no dudo que hubiesen podido ofrecer un interés mucho más general que la muy concreta que he terminado por elegir. Pero habiendo consumido —y quizás malgastado— muchas horas de reflexión en torno a ellas, he de confesar que hoy ya no me siento capaz de abordarlas ni de exponerlas con fe persuasiva.

¹ El *Reglamento de Régimen Interior de la Universidad de Valladolid*, aprobado por el Claustro reunido en sesión del 4 de marzo de 1922, establece en su artículo 155 que «Leerá la oración inaugural un Catedrático nombrado por el Rector, turnando en tal servicio todas las Facultades». El mismo Reglamento comienza, en su artículo 1.º, declarando que «La Universidad *autónoma* de Valladolid es una persona jurídica, de conformidad con lo dispuesto en el Código civil, y tendrá la capacidad legal que determina el artículo 1.º del Estatuto».

Es natural que la insatisfacción sea acompañante habitual del quehacer universitario, y es natural, repito, porque siempre existirá un abismo entre lo que se ha soñado y lo que se puede realizar o, tan siquiera, pretender. La misma Universidad, como dice GUSDORF², «es una utopía, un sueño que ciertamente jamás ha llegado a realizarse por completo sobre la faz de la tierra». Pero una cosa es la insatisfacción y otra, muy distinta, el desaliento; un desaliento que hoy invade esterilizándolos los claustros universitarios, y que ha sido promovido por quienes condujeron a la Universidad española a una situación que, al menos en las Facultades de Medicina, hace ya tiempo que ha franqueado la frontera que aún la separaba del absurdo³.

Poco alivio puede derivarse de la consideración de otras situaciones semejantes, en las más diversas latitudes, y algunas de las cuales vienen de antiguo pero, por sus particulares coincidencias, vale la pena recordar la que vivía la Universidad italiana a finales del siglo pasado, después de haber sido ministro «della pubblica istruzione» un cierto señor Villari; situación que relata en 1892 el profesor Ercole VIDARI⁴ y que, «mutatis mutandis», tanto se parece a lo que fue el origen de la nuestra.

Pero, dejando a un lado esas cuestiones, he venido a elegir mi tema en un campo que atañe solamente al ámbito de aquella parcela de la medicina que constituye el objeto de mi dedicación. Las orientaciones actuales en ese campo y algunos de los avances logrados en los últimos años, constituyen la finalidad concreta de esta revisión que, con sólo unos escuetos apuntes, puede ser suficiente para persuadir de la eficacia del progreso de la medicina en esa área; progreso que, por otra parte, no ha sido menor en otras ramas de la ciencia y de la práctica médicas. En este sentido, ya no estaría justificada la afirmación de Alexis CARREL⁵ cuando hace años decía que «la medicina se halla lejos de haber disminuído los sufrimientos

² GUSDORF, G., *L'Université en Question*. Payot, Paris, 1964, p. 13.

³ Sobre la situación de la enseñanza de la medicina en España, véase: GAY PRIETO, J., *Medio siglo de evolución de la medicina y de su enseñanza*. Discurso de apertura del curso académico 1972-73 en la Universidad Complutense. Madrid, 1972.

⁴ VIDARI, E., *Le agitazioni universitarie*. En «Studi Giuridici», ofrecidos por un grupo de profesores de Derecho «Per el XXXV anno d'insegnamento di Filippo Serafini». Tipografía di G. Barbera, Firenze, 1892, p. 129.

⁵ CARREL, A., *La incógnita del hombre*. 3.ª ed., Joaquín Gil, Barcelona, 1939, p. 125.

humanos tanto como pretende hacernos creer...», añadiendo como explicación de este aserto que el hombre sigue sometido, como en tiempos pasados, a una serie de padecimientos entre los que menciona la sífilis. Si ello era cierto en la época aún reciente en que CARREL lo afirmaba, no obstante hoy resultaría ser esa una enteramente falsa apreciación. Precisamente en el caso de la sífilis, y pese al fracaso que supone el no haber conseguido desarraigarla, el sólo hecho de haber convertido a esa enfermedad en una de las más fácilmente curables, representa una de las más grandes aportaciones que, al bienestar de la humanidad, ha hecho la medicina moderna.

La especialización

Los prodigiosos resultados de la ciencia en nuestro siglo apenas hubieran podido ser imaginados por el más desmesurado optimismo racionalista pero, sin duda, han sido pagados a un alto precio. Por una parte, sus avances más espectaculares sólo fueron posibles merced al recurso desintegrador de la especialización y, por otra, cabe preguntarse acerca de cuál pueda ser el sentido de tales avances cuando, como decíamos, hace ya bastantes años ⁶, «...han roto de tan espectacular manera el equilibrio entre los poderes que han puesto en manos del hombre y la conciencia que éste tiene de sus fines, que no es raro que el científico se compare a sí mismo con el aprendiz de brujo y tema tener que asistir como él, entre perplejo y amedrantado, al despliegue de las fuerzas insubordinadas imprudentemente libertadas». Los resultados trágicamente aplicados de la investigación atómica, o las posibilidades alucinantes de la «ingeniería» bioquímica aplicada a la manipulación genética, justifican sobradamente esa perplejidad y ese temor.

La creciente amplitud del conocimiento científico, por una parte y, por otra, el riguroso adiestramiento que la tecnología moderna exige, han obligado al hombre a confinar su aprendizaje a áreas del conocimiento cada vez más reducidas. Pero, sobre todo, la especialización ha sido impulsada por el deseo de obtener de la ciencia un rendimiento práctico; un rendimiento en términos estrictamente utilitarios, de productividad. Como señala Bertrand RUSSELL ⁷ «la ciencia solía valorarse como un medio para *conocer* el mundo; ahora, a causa del triunfo de la técnica, se concibe como algo que mues-

⁶ QUIÑONES, P. A., *Memoria de oposiciones a Cátedra*, inédita. Valladolid, 1960, página 2.

⁷ RUSSELL, B., *El impacto de la ciencia en la sociedad*. Traducción de Juan Novella Domingo, 2.ª ed., Aguilar, Madrid, 1953, p. 104.

tra el modo de hacer *cambiar* el mundo». Este practicismo científico habría sido propugnado originariamente por la epistemología marxista, pues MARX afirmó que «...la discusión en cuanto a la realidad o la no realidad de un pensamiento aislado de la práctica es una cuestión puramente escolástica... Los filósofos solamente han *interpretado* el mundo de varios modos, pero la tarea real es alterarlo»⁸. En la misma idea se asienta el pragmatismo filosófico⁹ que, rechazando el concepto de *verdad* para sustituirlo por el de *utilidad* puede, evidentemente, tener sentido para la medicina que, al no poder desposeerse de una finalidad práctica, no tiene en principio por qué negarse a aceptar —al menos en el ámbito clínico— la idea de DEWEY¹⁰ de que lo que da validez a una teoría es que *funcione*.

Por otra parte el pragmatismo, en medicina, no es una ideología o una postura conceptual sino una auténtica necesidad, derivada de su ineludible finalidad profesional. Pero, además, ese pragmatismo no sólo no ha entorpecido el desarrollo científico de la medicina sino que, muy por el contrario, ha cooperado a él porque, como dice ORTEGA¹¹ «...siendo fiel a su punto de vista —curar—, es como la labor médica resulta más fecunda para la ciencia. La fisiología contemporánea nació... no de los hombres de ciencia, sino de los médicos que, desentendiéndose del escolasticismo reinante en la biología del siglo XVIII..., aceptaron la urgencia de su misión y procedieron mediante teorías *pragmáticas de cura...*». Ello se comprende aún mejor si tenemos presente que, nos agrade o no el reconocerlo, la medicina no es ciencia aun cuando se provea de sus bases técnicas en fuentes estrictamente científicas y utilice, en la investigación, métodos científicos rigurosos. A este respecto, es muy clara la opinión de ORTEGA¹²: «...la medicina no es ciencia. Es precisamente una profesión, una actividad práctica. Como tal, significa un punto de vista distinto del de la ciencia. Se propone curar o mantener la salud en la especie humana. A este fin echa mano de cuanto parezca a propósito: entra en la ciencia y toma de sus resultados cuanto considera eficaz; pero deja el resto. Deja de la ciencia sobre

⁸ MARX, F., Citado por B. RUSSELL, loc. cit., p. 105.

⁹ DEWEY, J., *id.*, *id.*, p. 105.

¹⁰ DEWEY, J., *id.*, *id.*, p. 160.

¹¹ ORTEGA Y GASSET, J., *Misión de la Universidad*. En «el libro de las Misiones», Espasa-Calpe (Colección Austral), Buenos Aires, 1940, p. 106.

¹² *Ibid.*, p. 105.

todo lo que es más característico: la fruición por lo problemático. Bastaría esto para diferenciar radicalmente la medicina de la ciencia. Esta consiste en un prurito de plantear problemas. Cuanto más sea esto, más puramente cumple su misión. Pero la medicina está ahí para aprontar soluciones. Si son científicas, mejor. Pero no es necesario que lo sean. Pueden proceder de una experiencia milenaria que la ciencia aún no ha explicado, ni siquiera consagrado».

Esa finalidad esencialmente práctica de la medicina explica y justifica la especialización, como una necesidad impuesta por el desarrollo y la tecnificación del conocimiento médico. Pero la fragmentación del saber que la especialización supone no está, por supuesto, exenta de riesgos, de los que el más grave es el representado por la dificultad para poder vertebrar los saberes parcelares, aportados desde las áreas especializadas. La medicina ha superado esa grave consecuencia de su diversificación, mediante el desarrollo del trabajo en equipo no sólo en la investigación sino en la propia práctica médica; y de aquí el moderno acrecentamiento de una medicina hospitalaria cada día más compleja. La medicina, precisamente porque su finalidad es esencialmente práctica, no ha sido gravemente dañada por la especialización sino que, por el contrario, ha podido alcanzar gracias a ella su actual desarrollo y eficacia. Otra cosa es la figura del médico que parece próxima a desaparecer, al ser éste sustituido cada vez en mayor medida por equipos de técnicos, a los cuales el nombre de médico difícilmente puede serles aplicado.

Incalculablemente graves han sido, en cambio, las consecuencias de la especialización y de la parcelación del saber —no me refiero ahora a la medicina— para la cultura y, por supuesto, para la Universidad. A este respecto, ha escrito GUSDORF ¹³ páginas muy certeras y a ellas me remito, si bien creo que vale la pena recoger algunos párrafos:

«...Si existiese entre nosotros una comunidad universitaria, habría una conciencia universitaria, esto es, una vida común del espíritu, independientemente de los compartimentos epistemológicos en que cada uno se encuentre encerrado en virtud de su especialización. Si la Universidad existiese, cada uno de sus miembros se sentiría solidario de todos los demás, humanamente, intelectual-

¹³ GUSDORF, G., loc. cit.

mente, espiritualmente. El imperativo de la especialización a ultranza, empujando a los sabios en la marcha hacia una desintegración creciente del saber, se encontraría así compensada por la llamada al orden de la universalidad humana. Dicho de otro modo, una de las funciones esenciales de la Universidad, en el verdadero sentido del término, es la de servir de garantía y de salvaguardia de la integridad humana». Y, más adelante, prosigue diciendo: «Es el destino mismo de la cultura contemporánea lo que se encuentra en juego. La disociación de las ciencias, cuyo efecto se encuentra multiplicado por la proliferación incontrolada de las técnicas, tiene por efecto la degradación de la imagen del hombre, la pérdida del sentido de lo humano. Nadie puede dudar que una de las tareas fundamentales de nuestro tiempo sea la de lograr la restauración de la humanidad en el hombre. Los universitarios, en su condición de hombres de ciencia, deben ser al mismo tiempo hombres cultos, lo que quiere decir que el profundizar en su ciencia debe ser para ellos, en todo momento, solidario de la instauración de la cultura... Por su misma vocación la Universidad debería de ser ese medio de cultivo en el seno del cual le sería materialmente imposible al sabio, cogido en la trampa de su metodología, el encerrarse hurañamente en el círculo vicioso de su especialidad. La tarea de la Universidad es el promover una teoría de los conjuntos humanos; desde su mismo origen tiene el sentido de una pedagogía de la unidad y de la universalidad, como antídoto de todas las inevitables pedagogías de la especialización. No quiere ello decir que el especialista deba de ser desviado de su especialidad, sino que es muy importante mantener en él el sentido y la exigencia de ese horizonte de la realidad humana, en cuyo interior se desarrolla su actividad particular. La especialidad escapa a su propia limitación en la medida en que se reconoce a sí misma como un esfuerzo de cooperación, como una contribución a un saber total de convergencia interdisciplinaria...»¹⁴.

Volviendo a la medicina y aceptando para ella la especialización como algo necesario, que se está cumpliendo de manera extrema e irreversible, es sin embargo tarea primordial para las Facultades de Medicina, como Universidad que son, el mantener un afán de integración de los saberes divididos, procurando la coherencia

¹⁴ GUSDORF, G., loc. cit., pp. 170-171.

entre los hechos provenientes de sus diversas áreas y la homogeneidad en la formulación de unas ideas que, a su vez, no deberían de quedar desvinculadas de la unidad solidaria del conocimiento. Si esto no se logra, la medicina acabará perdiendo toda imagen del hombre en el laberinto de sus técnicas y en la balumba de datos que éstas le han proporcionado, acerca de los procesos físico-químicos que ocurren en aquél. Así, es evidente que la medicina sufre hoy una crisis que atañe a sus propios fundamentos y a los supuestos mismos sobre los cuales se ha desarrollado con pretensión científica. Y es también evidente que las raíces de esa crisis están en el fracaso, para las necesidades concretas de la medicina, de la imagen física del hombre sobre el cual ha venido trabajando, ciertamente con prodigiosos resultados, desde hace más de un siglo. Ha sido un biólogo, y no un humanista ni un filósofo, quien ha dicho certamente del hombre que «es siempre algo más de lo que podemos enunciar de él en un momento dado, en un estado determinado de la investigación»¹⁵.

No podemos detenernos ahora en consideraciones sobre esta cuestión¹⁶ pero es evidente que, una vez aceptada, el primer paso sería la elaboración de una nueva y más comprensiva imagen de la realidad humana. Pero esa elaboración tropieza con dificultades que parecen insalvables: La coexistencia en el hombre de la *unidad* de su ser personal, por una parte, y de la *pluralidad* de sus tres ámbitos de realidad —física, biológica y psíquica— por otra, plantea a la medicina una cuestión tan peliaguda como pueda serlo para la teología el misterio de la Santísima Trinidad.

¹⁵ PORTMANN, A., *Los cambios en el pensamiento biológico*. En «Nueva visión del mundo». Instituto de Altos Estudios de S. Gallen. Trad. de A. L. Bixio, Editorial Suramericana, Buenos Aires, 1954, pp. 106 y ss.

¹⁶ Véase: QUIÑONES, P. A., loc. cit., p. 16 y ss.; LAÍN ENTRALGO, P., *Estudios de historia de la medicina y antropología filosófica*. Madrid, 1943; IDEM, *Medicina e historia*. Ediciones Escorial, Madrid, 1941; IDEM, *La enfermedad humana en la patología contemporánea*. En «Palabras menores». Editorial Barna, Barcelona, 1952; UEXKULL, Th. von: *El hombre y la naturaleza*. Traducción de M. Entenza, Zeus, Barcelona, 1961.

La dermatología como especialidad de la Medicina

La especialización en medicina se refiere, por un lado, a la dedicación profesional de quienes circunscriben el ejercicio del arte médico a aquella parte del mismo de la que poseen un mejor conocimiento o, de manera aún más restrictiva, limitan ese ejercicio a la realización de un cometido concreto en el que han alcanzado una particular destreza. En la medicina moderna y como natural consecuencia de su extremada tecnificación y desarrollo instrumental, algunos de estos cometidos, que se consideran como más altamente especializados, no pasan a veces de ser mero trabajo artesanal, esto es, oficio o ejercicio de un arte mecánico; lo que no excluye que tales cometidos puedan llegar a constituir auténtica ocupación intelectual, en virtud de las profundas implicaciones humanas de todo acto médico y si quien lo ejecuta posee la formación general necesaria, para practicarlos desde una actitud científica.

Por otro lado, la especialización en medicina hace también referencia a una división del trabajo que, independientemente de la praxis o de la aplicación profesional, se dirige con fines primordialmente epistemológicos a lograr una mayor profundidad del conocimiento, limitando el área del mismo. Por descontado que al sacrificar la amplitud del saber en busca de una mayor profundidad, la especialización entraña riesgos a los que ya hemos aludido anteriormente y que son sobradamente conocidos. El especialista, merced a su dedicación especializada, podrá llegar a ser en su materia «un pozo de ciencia», pero si bien es cierto que cuanto más se profundiza en un pozo más posibilidades hay de llegar a encontrar algo, también lo es que cuanto más profundicemos en él mayor será la

oscuridad y más reducido el horizonte que podamos vislumbrar hacia lo alto.

Las especialidades de la medicina no responden a esquema alguno coherente, sino que han ido surgiendo por exigencia de necesidades acuciantes, y de la misma manera, algunas han desaparecido al extinguirse la razón que las motivó. Así, hay especialidades que se ocupan de un determinado aparato o sistema orgánico (como, por ejemplo, las especialidades de aparato respiratorio o digestivo, la neurología, endocrinología, etc.), o de un solo órgano (como es el caso de la oftalmología e, incluso, de la propia dermatología si bien ésta tenga otros añadidos) o de varios órganos relacionados (otorrinolaringología); otras se centran en una sola enfermedad (tisiología, diabetología) o en un grupo de enfermedades afines o que guardan entre sí alguna relación (oncología, reumatología, etc.); algunas son de carácter esencialmente técnico y se justifican por la complejidad de determinados procedimientos diagnósticos o terapéuticos (radiología, terapéutica física, medicina nuclear, traumatología y muchas de las especialidades quirúrgicas, etc.); otras, como la pediatría o la ginecología, responden a otro tipo de fundamentos, en relación con las particularidades biológicas del ser al que prestan su atención.

Pero, además, el proceso de creciente compartimentación de la medicina no se ha detenido ahí: En los últimos años han ido proliferando las llamadas «superespecialidades», designación esta que, por otra parte, no parece ser la más adecuada por cuanto la preposición inseparable «super» tiene un sentido indicativo de preeminencia que no se aviene con la realidad en este caso. Las llamadas «superespecialidades» son en realidad «subespecialidades», puesto que limitan su ámbito de actuación a una parcela aún más reducida, dentro del campo de una especialidad más extensa. Son, en suma, el resultado de la fragmentación de un fragmento más amplio de la medicina, y es a esta extrema disgregación a la que se refiere LAÍN¹⁷ como «una suerte de crisis interna» del fenómeno de la especialización médica, que se acentúa de tal modo «que no parece muy lejano

¹⁷ LAÍN ENTRALGO, P., *Historia universal de la medicina*. T. VII, Salvat, Barcelona, 1975, p. 271.

el día en que cada entidad morbosa tenga su correspondiente especialista».

Por lo demás, insisto en que este proceso disgregador era, pese a todo, enteramente necesario y ha sido y está siendo fecundo en sus resultados. La medicina avanza hoy merced al trabajo de equipos de investigación que cuentan con todo tipo de técnicos y especialistas y, por supuesto, es este mismo fenómeno el que dota de su gran eficacia a la praxis médica actual. Pero, como apuntábamos en la página 14, ello exige a su vez un máximo esfuerzo integrador de esos saberes divididos, para que no lleguen a ser inútiles o, incluso, perjudiciales. Hace ya muchos años, decía don Gregorio MARAÑÓN¹⁸ que «la evolución de la medicina revela y acentúa el hecho paradójico de que a medida que la necesidad de la especialización se hace más notoria y eficaz, hácese asimismo más profunda la necesidad de que todo médico y todo especialista tengan una base de orientación sintética, general, que alcance a todas las ramas de nuestro arte, aun a las más alejadas, de la actividad habitual de cada uno». Y aun así, como señala LAÍN¹⁹, «todo equipo médico debe tener como alma un clínico no especialista, un práctico profundamente versado en medicina general». Y añade que «ésta, la medicina general —un saber médico que permite ver cualquier dolencia como afección morbosa del «todo» psico-orgánico en que se realiza la persona humana y capacite a la vez para enseñar a los especialistas tal modo de entender la enfermedad—, parece ser hoy la forma más idónea de esa amplia y central zona del arte de curar que tradicionalmente viene siendo llamada «medicina interna».

En lo que atañe ahora a la dermatología, como especialidad de la medicina, el riesgo común a toda especialización se minimiza en este caso, por la particularidad de tratarse de una de las especialidades más «generales», si es que cabe decirlo así²⁰. En efecto, no es posible adquirir una auténtica especialización en dermatología, si no es partiendo de un amplio conocimiento médico general, ya que no existe área alguna básica de ese conocimiento que pueda ser ajena

¹⁸ MARAÑÓN, G., *Manual de diagnóstico etiológico*. 3.ª edic. Espasa-Calpe, Madrid, 1946, p. IX del prólogo.

¹⁹ LAÍN ENTRALGO, P. loc. cit., nota 17.

²⁰ Así lo dicen T. B. FITZPATRICK y cols. Véase: *Dermatology in the perspective of general medicine*. En «Dermatology in General Medicine», edit. por T. B. Fitzpatrick y otros, Mc Graw-Hill Book Co, New York, etc., 1971, p. 5.

al interés dermatológico. Baste con recordar a ese respecto lo que en la dermatología suponen la inmunología y la alergia, la microbiología, la parasitología en general y en particular la micología, la genética, la cito- e histopatología, la farmacología, etc., y por supuesto, la medicina interna para la que a su vez la colaboración dermatológica resulta imprescindible.

* * *

La dermatología puede ser definida como una parte de la medicina que se ocupa del conocimiento de la piel humana y de las enfermedades que primitiva o secundariamente la afectan, así como de los métodos para la preservación o la recuperación de la normalidad cutánea. Fundamentalmente la dermatología es, por consiguiente, una de las especialidades que prestan atención a un órgano, en este caso *la piel*; órgano por otra parte muy peculiar ya que, al constituir la frontera entre el organismo y el medio ambiente, no sólo se halla expuesto a todo tipo de agresiones procedentes del exterior sino que, además, va a experimentar con particular facilidad repercusiones de los procesos patológicos que ocurran en el mundo interno que esa frontera delimita. Se trata, por otro lado, de un órgano vital, indispensable, ya que el hombre no puede vivir sin su piel y, de hecho, parece cuando una determinada extensión de ésta es destruida.

La dermatología, como objeto de especialización dentro del marco de la medicina, se justifica por una serie de razones de las que la más importante está representada por la gran complejidad de la clínica dermatológica, que requiere una dedicación expresa pero asentada además en un conocimiento amplio de la medicina interna. La dificultad que ello entraña se acrecienta aún más por el hecho de que, en dermatología, la caracterización completa de los cuadros clínicos exige el correlato de su morfología microscópica. Así, la histopatología cutánea constituye un ámbito estrictamente dermatológico al que, por otra parte, sólo es posible acceder desde un previo y extenso conocimiento clínico. La biopsia no es en dermatología un método encaminado esencialmente a establecer criterios o decisiones de «benignidad» o «malignidad», sino que representa un proceder diagnóstico básico y casi rutinario, pero cuya interpreta-

ción exige un dominio de la morfología clínica y microscópica nada fácil de adquirir.

La dermatología incluye también la utilización de técnicas terapéuticas especiales, tales como las del tratamiento farmacológico tópico, aplicación de determinados métodos de fisioterapia (crioterapia, radiaciones ionizantes de baja penetración, etc.) y, por supuesto, métodos quirúrgicos. En lo que se refiere a estos últimos, se ha venido acentuando recientemente el aspecto médico-quirúrgico de la dermatología, destacando en esta orientación la intensa labor del profesor DULANTO y de su escuela²¹. Este carácter de la dermatología fue oficialmente reconocido por el Ministerio de Educación y Ciencia en virtud del Decreto 2.410/1962, que dispuso que la asignatura de dermatología y venereología en los planes de estudio de medicina «debe acomodarse en su contenido al concepto actual de la especialidad que se configura con el doble carácter de *médica* y *quirúrgica*». De acuerdo con ello, en la conclusión 1.^a del VII Congreso Hispano-Portugués de Dermatología, celebrado en Granada en 1969, la dermatología fue definida como un órgano-especialidad completa, médico-quirúrgica, que comprende la piel, anejos cutáneos, mucosas dermopapilares y configuración externa relacionada²².

Por otro lado, en casi todos los países, incluido el nuestro, las enfermedades venéreas han formado parte del área de interés y de actuación de la dermatología que, de este modo, desde el siglo pasado se ha venido configurando como una de las grandes especialidades de la medicina, abarcando un doble ámbito expresado en su más común designación de «dermatología y venereología». Ello se explica por una serie de razones de las que, como más importante, habría que destacar el hecho de que la clínica de las enfermedades venéreas sea en gran parte clínica dermatológica, siendo también dermatológicos muchos de los problemas diagnósticos que tales enfermedades plantean.

Por último, y por razones asimismo clínicas, la lepra constituye otra área de actuación preferencial dermatológica, si bien la comple-

²¹ Las razones que justifican y aconsejan tal orientación han sido ampliamente expuestas por DULANTO, principal promotor de la misma en nuestro país. Véase, por ejemplo: DULANTO, F. de. *Concepto, límites y posibilidades de la dermatología quirúrgica (cirugía plástica dermatológica)*. Actas del VII Congreso Hispano-Portugués de Dermatología Médico-Quirúrgica, Granada, 1969, p. 513 y ss.

²² *Ibid.*, p. 1.153.

jidad de esta enfermedad y la variedad de sus manifestaciones y secuelas, requiere para su atención la cooperación de muy diversos especialistas.

En resumen, y si bien es cierto que la dermatología es una órgano-especialidad completa, como la definían las conclusiones del ya citado congreso de Granada, es también bastante más que eso y, por encima de todo, querámoslo o no y pese a ser la piel un órgano externo, la dermatología es en gran medida medicina interna lo que, desde luego, lejos de reducir su importancia o de poner en cuestión su autonomía, consagra ésta y acrecienta aquélla, confiéndole un rango y una amplitud que pocas especialidades poseen. Al fin y al cabo, como dice GÓMEZ ORBANEJA ²³, «no deja de ser la dermatología una manera de considerar, desde un punto de vista, todos los problemas médicos...».

En cuanto a la importancia cuantitativa de la dermatología en la práctica médica general, es revelador el hecho de que en esa práctica la proporción de enfermos afectados de procesos dermatológicos primarios o concomitantes es superior al 10 por 100, si bien, como es natural, esta proporción pueda variar apreciablemente según el medio en que se practique el ejercicio médico general ²⁴.

En los apartados siguientes expondremos las orientaciones actuales, y algunos de los avances recientes, en los tres grandes campos de la dermatología, esto es, en la dermatología propiamente dicha, en leprología y en venereología.

²³ GÓMEZ ORBANEJA, J., *Dermatología*. Aguilar, Madrid, 1972, p. IX prólogo del autor).

²⁴ Según CABRÉ, alcanzaría incluso el 20 por 100. Véase: CABRÉ, J., *Mesa redonda sobre futuro de la Dermatología y de los dermatólogos: Introducción*. Actas del VIII Congreso Hispano-Portugués de Dermatología Médico-Quirúrgica, Granada, 1969, p. 1.131.

Orientaciones actuales en dermatología

Superada la etapa anatomoclínica, en la que la dermatología se caracterizó por lo que GARCÍA PÉREZ²⁵ califica de *virtuosismo descriptivo morfológico*, en los años transcurridos desde el final de la segunda guerra mundial nuestra especialidad ha realizado extraordinarios progresos, fruto de sus propias contribuciones y de la integración de los avances logrados en los más diversos campos de la medicina. Recogiendo lo que hace ya algunos años expusimos en otro lugar, sería suficiente con recordar que «en ese período, se han producido, acaecimientos tales como el enorme desarrollo de los antibióticos; la introducción y constante perfeccionamiento de los esteroides antiinflamatorios que, en su aplicación tópica, han revolucionado por completo la terapéutica dermatológica clásica; la aplicación en la clínica de las drogas inmunosupresoras; la introducción de la griseofulvina y de otros antibióticos fungistáticos, la puesta a punto de dispositivos de roentgenterapia especialmente diseñados para su utilización dermatológica, etc.»²⁶. Pero, como allí mismo añadimos, «no menos importantes que esas adquisiciones prácticas, han sido los progresos conseguidos en el conocimiento íntimo de la biología cutánea y de sus relaciones y dependencias, respecto a factores y mecanismos funcionales de índole general. Los modernos métodos de investigación, y los nuevos medios instrumentales, han abierto nuevas y penetrantes vías de acceso al conocimiento básico de la estructura y de las funciones de la piel y de sus desviaciones patológicas. Los fundamentos esencialmente morfológicos de la dermatología se han ampliado notablemente, al disponer de la posibilidad de alcanzar en su estudio niveles ultraestructurales. De este modo, los términos de referencia tradicionales de la noso-

²⁵ GARCÍA PÉREZ, A., *Dermatología y venereología*. En «Historia Universal de la medicina, de P. LAÍN ENTRALGO, T. II, Salvat, Barcelona, 1975, p. 272.

logía dermatológica —la clínica y la histopatología— han adquirido una nueva dimensión que, en ocasiones, ha obligado a modificar sustancialmente conceptos que parecían sólidamente establecidos»²⁶. Así, la orientación moderna de la investigación dermatológica, es la de dirigir su atención hacia los aspectos más íntimos de la fisiología cutánea, hallándose dominada por un «afán de indagación en el campo de la bioquímica, verdadero terreno de convergencia al que aboca hoy igualmente la investigación morfológica merced al microscopio electrónico que, penetrando en el inexplorado campo submicroscópico, ha alcanzado los límites en que lo estructural se identifica con el substratum bioquímico de lo fisiológico»²⁷.

En ese campo de la investigación bioquímica aplicada a problemas dermatológicos, se han producido en la última década algunos hallazgos de especial relieve. De acuerdo con REES²⁸, el más importante sería sin duda el realizado por CLEAVER en el xeroderma pigmentosum, esclareciendo el origen de esta genopatía, al demostrar la falta del enzima necesario para reponer el daño producido por la luz ultravioleta en el DNA^{29, 30}. En ese problema es también de gran interés la comprobación de que, por el contrario y muy curiosamente, las células del xeroderma pigmentosum son competentes para reparar ese mismo daño cuando es producido por los rayos X en lugar de por la luz ultravioleta³¹. Además, el conocimiento del mecanismo determinante de esa enfermedad, permite el diagnóstico antes de que aparezcan las primeras manifestaciones clínicas, e incluso el diagnóstico prenatal³².

También en la última década se han efectuado los hallazgos que han permitido relacionar otra seria genopatía, la llamada enfermedad de Fabry o «angiokeratoma corporis diffusum», con un error congénito del metabolismo en relación con la deficiencia de

26 QUIÑONES, P. A., Introducción a *Temas dermatológicos*, publicados por Latino-Syntax bajo la dirección de P. A. Quiñones, 1970-71, T. I, p. 1.

27 QUIÑONES, P. A., loc. cit., nota 5.

28 REES, R. B., *Dermatologic advances*: 1968, 1969. Arch. Derm. 101: 12, 1970.

29 CLEAVER, J. E., *Defective repair replication of DNA in xeroderma pigmentosum*. Nature 218: 652, 1968.

30 IDEM, *DNA damage and repair in light sensitive human skin disease*. J. Invest. Derm. 54: 181, 1970.

31 Esa comprobación no sólo es importante en lo que atañe al conocimiento de los mecanismos de la carcinogénesis cutánea por agentes físicos, sino también porque destruye el argumento de quienes consideraban herético el tratar con rayos X los epitelomas desarrollados en el xeroderma pigmentosum.

32 RAMSAY, C. A. y cols., *Prenatal diagnosis of xeroderma pigmentosum: Report of first successful case*. Lancet 2: 1.109, 1974.

determinados enzimas específicos, concretamente alfa-L-galactosidasa o eventualmente alfa-L-fucosidasa^{33, 34, 35}, y se han ido conociendo nuevos defectos bioquímicos en relación con los diversos tipos existentes del síndrome de Ehlers-Danlos³⁶.

Además, nuevas genopatías han sido descritas en época reciente. Sin que, naturalmente, sea posible ni procedente el hacer aquí una relación de las mismas, recordaremos a título de ejemplo alguna tan importante como la protoporfiria eritropoyética, descrita en fecha relativamente reciente por MAGNUS y cols.³⁷, o tan curiosas como la enfermedad de Cowden, llamada así por haber sido descrita por primera vez en una enferma de este apellido³⁸ y conocida posteriormente como «síndrome de hamartomas múltiples»; o la hipotricosis autosómica dominante descrita por nosotros con nuestro colaborador TORIBIO³⁹, en un linaje de ocho generaciones, y que es realmente sorprendente y única en el mundo, etc.

Refiriéndonos ahora a otro tipo de cuestiones dermatológicas, entre los avances de los últimos quince años ha sido fundamental por sus resultados la aplicación de los métodos de la inmunopatología, al estudio de diversas enfermedades cutáneas, tales como las grandes dermatosis ampollas, el lupus eritematoso, etc., a partir de los fundamentales trabajos de BEUTNER y JORDON⁴⁰, proseguidos después por multitud de otros investigadores. Un ingente trabajo se ha desarrollado también en torno a la posible participación del sistema del complemento en la patogenia de algunas enfermedades⁴¹.

³³ BRADY, R. O. y cols., *Enzymatic defect in Fabry's disease*. New Engl. J. Med. 276: 1.163, 1967.

³⁴ PATEL, W. y cols., *Deficiency of alfa-L-fucosidase*. Science 176: 426, 1972. Referata en Year Book of Dermatology 1973, Year Book Medical Publishers, Chicago, 1973, p. 273.

³⁵ EPINETTE, W. W. y cols., *Angiokeratoma corporis diffusum with alfa-L-fucosidase deficiency*. Arch. Derm. 107: 754, 1973.

³⁶ POPE, F. M. y cols., *Patiens with Ehlers-Danlos syndrome type IV lack type III collagen*. Proc. Natl. Acad. Sc. U. S. A. 72: 1.314, 1975. Referata en The Year Book of Dermatology 1976, Year Book Medical Publishers, Chicago, 1976, p. 165.

³⁷ MAGNUS, I. A. y cols., *Erythropoietic protoporphyria: New porphyria syndrome with solar urticaria due to protoporphyrinemia*. Lancet 2: 448, 1961.

³⁸ LLOYD, K. M. y DENNIS, M., *Cowden's disease: A possible new symptom complex with multiple system involvement*. Ann. Intern. Med. 58: 136, 1963.

³⁹ TORIBIO, J. y QUIÑONES, P. A., *Hereditary hypotrichosis simplex of the scalp: Evidence for autosomal dominant inheritance*. Brit. J. Derm. 91: 687, 1974.

⁴⁰ BEUTNER, E. H. y JORDON, R. E., *Demonstration of skin antibodies in serums of pemphigus vulgaris patients by indirect immunofluorescent staining*. Proc. Soc. Exp. Biol. Med. 117: 505, 1964.

⁴¹ Una excelente revisión de esta cuestión ha sido el tema del «leading article» del último Year Book de Dermatología. Ver: JORDON, R. E. y PROVOST, Th. T., *The comple-*

Así, se han descrito una serie de errores congénitos de este sistema, con deficiencia de componentes aislados del mismo y transmisibles todos ellos de manera recesiva, en relación con síndromes clínico-patológicos muy diversos, que van desde cuadros del tipo del lupus eritematoso sistémico a situaciones de susceptibilidad a determinadas infecciones bacterianas. Importantes observaciones han sido hechas también en lo que se refiere a la ausencia o deficiencia hereditaria de inhibidores del complemento, a partir del hallazgo inicial de que la ausencia del inhibidor de la C'1-esterasa es la clave patogénica del angioedema heredofamiliar ⁴².

En el campo de la alergia y de la inmunología, algunos nuevos síndromes reaccionales han sido descritos, como los de tipo liquinoide atribuidos a reacción de homoinjertos ^{43, 44}, recientemente estudiados por los autores franceses.

Es imposible consignar la multitud de nuevos hallazgos realizados en época reciente en el ámbito de la alergia de contacto, aspecto este de la dermatología que ha sido extraordinariamente impulsado con la creación del International Contact Dermatitis Research Group y, posteriormente, de los grupos formados igualmente en Estados Unidos, Japón, Europa Oriental y, últimamente y merced a la capacidad y al esfuerzo de GIMÉNEZ CAMARASA, también en España. Indicativa de la amplitud del trabajo realizado en esta área, es la aparición reciente de una revista internacional especializada en esas cuestiones, bajo el título de «Contact Dermatitis-Environmental and Occupational Dermatitis».

Las dermatosis profesionales constituyen otro de los objetivos preferentes de la dermatología actual, dada la importancia cada vez mayor de esa cuestión, que se comprende perfectamente si se tiene en cuenta que, en todas las estadísticas de todos los países, las enfermedades profesionales de la piel representan más del 50 por 100 del total de enfermedades profesionales, con una repercusión económica de primera magnitud.

ment system and the skin. The Year Book of Dermatology 1976. Year Book Medical Publishers, Chicago, 1976, p. 7 y ss.

⁴² DONALDSON, V. H. y EVANS, R. R., *A biochemical abnormality in hereditary angioneurotic edema: Absence of serum inhibitor of C'1-esterase.* Am. J. Med. 35-37, 1963,

⁴³ TOURAINE, R. y cols., *Graft-versus-host reaction and lichen planus.* Brit. J. Derm. 92: 589, 1975.

⁴⁴ SAURAT, J. H., *Graft-versus-host reaction and lichen planus-like eruption in man.* Ibid., 92: 591, 1975.

Igualmente de primera línea es la preocupación de la dermatología por el cáncer, lo que responde al hecho substancial de que la forma más común de cáncer en el hombre es, con gran diferencia, el cáncer de la piel. BAER ⁴⁵ señala a este respecto que según estadísticas publicadas recientemente por la American Cancer Society, el número de casos nuevos de cáncer cutáneo comunicados anualmente en los Estados Unidos oscila entre 300.000 y 600.000. Concordantes con estos datos son las estadísticas del «Third International Cancer Survey», que indica una incidencia de unos 300.000 casos al año, así como las del National Center for Health Statistic, que señalan una prevalencia de unos 536.000 tumores cutáneos malignos en los Estados Unidos.

En conexión con esta última cuestión, y dentro de las importantes claves diagnósticas que la dermatología puede ofrecer a la medicina interna, es cada vez más amplio el conocimiento de manifestaciones cutáneas de cánceres viscerales. A los muchos signos de este tipo ya conocidos, se han añadido entre otros el eritema necrolítico migrans, como indicio de posible carcinoma del páncreas ⁴⁶, especialmente si se asocia con los síntomas del llamado «síndrome del glucagonoma» ⁴⁷, esto es, pérdida de peso, estomatitis y, en la mayor parte de los casos, diabetes. SWEET ⁴⁸ considera este eritema necrolítico como una dermatosis específicamente asociada con un tumor de células alfa del páncreas, e indicativa de la necesidad de intervención.

También se han descrito en los últimos años casos de isquemia digital, como manifestación asociada a carcinoma de distintas localizaciones (ovario, mama, útero, estómago, páncreas, etc., así como linfomas). Se trata de casos de aparición brusca y sin relación con el frío, en lo que se diferencian del clásico fenómeno de Raynaud del que, por otra parte, no existen antecedentes en estos enfermos ⁴⁹.

En los tumores cerebrales son frecuentes las manifestaciones

⁴⁵ BAER, R. L., Introducción al tratado de ANDRADE, R., y cols., *Cancer of the Skin: Biology, Diagnosis, Management*. Saunders, Filadelfia, Londres, Toronto, 1976, Vol. I, p. XXVII.

⁴⁶ WILKINSON, D. S., *Necrolytic migratory erythema with carcinoma of the pancreas*. Trans. St. Johns Hosp. Derm. Soc. 59: 244, 1973.

⁴⁷ MALLINSON, C. N., *Glucagonoma Syndrome*. Lancet 2: 1, 1974.

⁴⁸ SWEET, R. D., *Dermatosis specifically associated with tumor of pancreatic alpha cells*. Brit. J. Derm. 90: 301, 1974.

⁴⁹ VEDI, K. K., *Digital ischemia and malignant disease*. Practitioner 213: 819, 1974. Referata a The Year Book of Dermatology 1976, p. 194. Véase también, a continuación de la referata, el comentario de F. D. MALKINSON y R. W. PEARSON.

cutáneas asociadas que, ANDREEV y PETKOV⁵⁰ encuentran en casi una tercera parte de los casos. Se trata de manifestaciones de tipo vitíligo o pigmentaciones faciales de aspecto cloasmático o de «línea fusca» y, también, en ocasiones una dermatopatía ictiosiforme adquirida. La mitad de los enfermos de estos autores presentaban un prurito localizado en las ventanas nasales, lo cual es considerado como un síntoma específico de tumor cerebral, si bien tardío y por ello de escaso valor diagnóstico.

Entre otras muchas enfermedades cutáneas «paraneoplásicas», el eritema gyratum repens se asocia con una enfermedad maligna en el 100 por 100 de los casos, cuestión esta que ha sido recientemente revisada por SKOLCK y MAINMAN⁵¹.

Realmente ingente es el trabajo llevado a cabo por la investigación médica en lo que se refiere al conocimiento de la acción cancerígena de sustancias químicas. La cuestión es de importancia primordial si se tiene en cuenta que, como afirma MAC DONALD⁵², en la actualidad se estiman en unos 28.000 los agentes químicos potencialmente carcinógenos existentes en nuestro ambiente, y si se incluyen sus combinaciones, su número podría exceder de 200.000.

En relación con los procesos neoplásicos, la dermatología ha prestado particular atención en estos años al estudio de los desórdenes linfoproliferativos y, especialmente, a aquellos tan clásicamente dermatológicos como la micosis fungoide o el síndrome de Sézary. En este campo se han descrito también nuevos hechos y, algunos de ellos, de un gran interés doctrinal y práctico como, por ejemplo, los llamados genéricamente *estados pseudolinfomatosos* (papulosis linfomatoide, reticuloide actínico, determinado tipo de reacciones por picaduras de insectos o de alergia de contacto, etc.).

En cuanto a las enfermedades yatrogénicas, es de destacar que las reacciones cutáneas medicamentosas son las más frecuentes entre todas las manifestaciones de hipersensibilidad a medicamentos y

⁵⁰ ANDREEV, V. C. y PETKOV, I., *Skin manifestations associated with tumors of the brain*. Brit. J. Derm. 92: 675, 1975.

⁵¹ SKOLNICK, M. y MAINMAN, E. R., *Erythema gyratum repens with metastatic adenocarcinoma*. Arch. Derm. 111: 227, 1975.

⁵² MAC DONALD, E. J., *Epidemiology of skin cancer*. En «Neoplasms of the skin and malignant melanoma: A collection of papers», presented at the Twentieth Annual Clinical Conference on Cancer, 1975, at The University of Texas System Cancer Center, M. D. Anderson Hospital and Tumor Institute, Houston, Texas. The Year Book Medical Publishers, Chicago, 1976, p. 27.

algunas, como señala KAUPPINEN⁵³, pueden ser mortales, especialmente la necrolisis epidérmica tóxica medicamentosa, el síndrome de Stevens-Johnson, el exantema fijo ampolloso generalizado y las eritrodermias por medicamentos. Es este un tema de constante preocupación pues, por otra parte, no se ha conseguido aún un método seguro y fidedigno para el diagnóstico etiológico de la alergia medicamentosa, la cual rara vez puede ser puesta en evidencia por métodos inmunológicos⁵³. Ello se debe, probablemente, a que en la mayoría de estos casos el alérgeno responsable no es el medicamento en sí, sino algún producto de degradación metabólica del mismo o un nuevo agente producido por conjugación con fracciones proteicas del plasma. Así, como dice PEDERSEN-BJERGAARD⁵⁴, en lo que se refiere a medicamentos «las pruebas cutáneas no pueden predecir la alergia con certeza suficiente para ser usados en la práctica clínica; los tests intracutáneos con penicilina, incluso cuando son realizados con las máximas precauciones, pueden desencadenar serias reacciones alérgicas sistémicas». Todo esto es algo que el médico debe de conocer, antes de pedir al especialista o al laboratorio la realización de pruebas de sensibilidad a medicamentos.

En lo que respecta las enfermedades metabólicas, y limitándonos concretamente a las porfirias, además de algunos adelantos importantes en su tratamiento a los que luego nos referiremos, consignaremos algunos hechos de interés, como la observación de casos de *porfiria variegata* provocados por píldoras anticonceptivas⁵⁵, así como la descripción por PIÑOL y colbs.⁵⁶ de una nueva forma de porfiria, a la que designan como *porfiria hepatoeritrocítica*.

Para terminar este capítulo, vamos a recordar someramente algunos —muy pocos y sólo a título de ejemplo— de los progresos logrados por la dermatología en el campo terapéutico; campo este en el que han de concretarse en último término los avances de la medicina, si ésta ha de ser fiel a su papel primordial de arte de curar.

Refiriéndonos en primer término a la terapéutica dermatoló-

⁵³ KAUPPINEN, K., *Cutaneous reactions to drugs*. Acta dermatovener. 52 (suplemento 68), pp. 1 a 89, 1972.

⁵⁴ PEDERSEN-BJERGAARD, J., *The clinical diagnosis of penicillin allergy*. Acta allergol. 25: 89, 1970.

⁵⁵ FOWLER, C. J. y WARD, J. M., *Porphyria variegata provoked by contraceptive pill*. Brit. Med. J. 1: 663, 1975.

⁵⁶ PIÑOL, J. y colbs., *Hepatoerythrocytic porphyria: New form of porphyria*. Ann. Derm. Syph. 102: 129, 1975.

gica general, o sistemática, comenzaremos por señalar la importancia que ha tenido la incorporación a la misma del uso de agentes citotóxicos e inmunosupresores. Prescindiendo de enfermedades de carácter neofornativo, la máxima utilidad de estas drogas residiría a nuestro juicio en el tratamiento del pénfigo verdadero. En esta enfermedad, que hasta la introducción de los corticoesteroides provocaba la muerte en un plazo que, por lo general, no solía exceder de dos años, el tratamiento combinado de esteroides e inmunosupresores (principalmente methotrexate, azothioprina o ciclofosfamida, según los casos y el momento) permite hoy conseguir supervivencias indefinidas, con ventajas esenciales y resultados muy superiores a los que se obtenían con la medicación esteroidea exclusiva⁵⁷.

La utilidad o, por el contrario, la improcedencia de asociar inmunosupresores al tratamiento básico con corticoides en el lupus eritematoso sistémico, es una cuestión aún no definitivamente establecida. Su uso ha sido promovido por el hallazgo en esta enfermedad de las conocidas e importantes anomalías inmunológicas, así como por los resultados alentadores de ensayos experimentales llevados a cabo en ratones de la cepa NZB afectos de enfermedad autoinmune.

Entre los antibióticos antineoplásicos, la bleomicina se ha mostrado muy útil en dermatología para el tratamiento de procesos epiteliales malignos no abordables por otros procedimientos, o como complemento del tratamiento quirúrgico previo o posterior.

La utilización de determinados procedimientos de inmunoterapia en procesos de carácter maligno, derivada del conocimiento de la importancia de los mecanismos inmunitarios en el control del desarrollo tumoral, ha pasado de la etapa experimental al uso clínico. Un ejemplo sería la utilización de la vacunación BCG en el melanoma maligno, con el fin de estimular la inmunidad celular antitumoral; o el empleo con este mismo propósito del virus vacunal, añadiéndose en este caso un efecto citopático del virus sobre las células tumorales, con lo que el curso de la enfermedad puede ser modificado, retardando o previniendo las metástasis⁵⁸.

⁵⁷ Respecto a este tipo de agentes en terapéutica dermatológica, puede verse: DANTZIG, P. I., *Immunosuppressive and cytotoxic drugs in Dermatology*. Arch. Derm. 110: 393, 1974; MOSCHELA, S. L., *Chemotherapy used in Dermatology*. Cutis 19: 603, 1977.

⁵⁸ EVERALL, J. D. y cols., *Treatment of primary melanoma by intralesional vaccinia before excision*. Lancet 2: 583, 1975.

Indicaciones útiles han sido encontradas a ciertos antibióticos y quimioterápicos antibacterianos, en enfermedades de carácter no infeccioso y merced a mecanismos de acción no siempre esclarecidos. Un ejemplo sería la aplicación de la diaminodifenilsulfona en el tratamiento de la dermatitis de Duhring, o la de la tetraciclina en la enfermedad de Mucha-Haberman⁵⁹. El tratamiento antibiótico del acné vulgar —otra enfermedad no primitivamente infecciosa—, constituye en la actualidad un procedimiento terapéutico firmemente consolidado y marcadamente útil.

Importante hallazgo ha sido el del efecto fotoprotector ejercido por el beta-caroteno, en dosis altas, en determinadas enfermedades fotosensibles como la *protoporfiria eritropoyética*^{60, 61} y la *erupción solar polimorfa*, de las que constituye hoy la base del tratamiento.

En otras formas de porfirias, concretamente en la *porfiria cutánea tarda*, se abrieron también nuevas y efectivas posibilidades terapéuticas. Además del tratamiento mediante flebotomía, iniciado hace ya unos quince años, se emplea actualmente el método de alcalinización metabólica⁶² y, también, la cloroquina que descartada al principio por haberse observado reacciones generales graves, se muestra muy eficaz y de mínima toxicidad en dosis reducidas, promoviendo una rápida eliminación de gran cantidad de porfirinas⁶³.

Un descubrimiento sorprendente ha sido el de la relación de la *acrodermatitis enteropática* con el metabolismo del zinc, así como de los espectaculares resultados del tratamiento con administración oral de este elemento metálico^{64, 65}.

No obstante, es cierto que enfermedades tan perturbadoras como el psoriasis, que figura además entre las dolencias crónicas que afligen a un mayor número de personas en el mundo, constituyen aún un difícil problema terapéutico. Una prometedora esperanza se

⁵⁹ PIAMPHOMGSANT, Th., *Tetracycline for treatment of pityriasis lichenoides*. Brit. J. Derm. 91: 319, 1974.

⁶⁰ MATTEWS-ROTH, M. M. y cols., *Beta-carotene as a photoprotective agent in erythropoietic protoporphyria*. New Eng. J. Med. 282: 1.231, 1970.

⁶¹ IDEM y cols., *Beta-carotene as oral photoprotective agent in erythropoietic protoporphyria*. J. A. M. A. 228: 1.004, 1974.

⁶² WIEGAND, S. S. y cols., *Metabolic alkalization in porphyria cutanea tarda*. Arch. Derm. 100: 544, 1969.

⁶³ TALJAARD, J. J. F. y cols., *Studies on low-dose chloroquine therapy and action of chloroquine in symptomatic porphyria*. Brit. J. Derm. 87: 261, 1972.

⁶⁴ MICHAELSSON, G., *Zinc therapy in acrodermatitis enteropathica*. Acta dermatovener. 54: 377, 1974.

⁶⁵ MOYNAHAN, E. J., *Acrodermatitis enteropathica. A lethal inherited human zinc deficiency disorder*. Lancet 2: 399, 1974.

ha abierto merced al desarrollo de los métodos de fotoquimioterapia de esta enfermedad, especialmente en la forma conocida como tratamiento «PUVA» (Psoralenos-Ultravioleta A) del psoriasis, consistente en la administración oral de 8-methoxypsoraleno combinada con la exposición controlada a radiación ultravioleta de onda larga y alta intensidad. Este método terapéutico, después de una publicación original de PARRISH y cols.⁶⁶, del Departamento de Dermatología de Harvard, ha sido ensayado conjuntamente en Boston y Viena, siendo objeto de un amplio estudio clínico, perfectamente planificado, en el que cooperan dieciséis centros dermatológicos en los Estados Unidos, bajo la coordinación del citado grupo de la Harvard Medical School⁶⁷. No obstante, ha de tenerse en cuenta que el tratamiento no es curativo, sino que aspira a proporcionar una más rápida y cómoda forma de conseguir la remisión de las manifestaciones psoriásicas, logrando una temporal normalidad de la piel que, ulteriormente, podría ser mantenida con la repetición periódica de nuevos ciclos terapéuticos preventivos. Los riesgos que esto podría entrañar requieren aún una completa investigación.

En lo que respecta a los avances conseguidos en el tratamiento de las enfermedades de la piel, destacaremos el desarrollo de nuevos y efectivos antifúngicos tópicos (tolnaftato, clotrimazol, miconazol, etc.); citostáticos de aplicación externa (como el 5-fluoruracilo o la mecloretamina) y, muy especialmente, la vitamina A ácida o ácido retinoico, de gran utilidad en diversas afecciones cutáneas, incluso tan dispares como el acné vulgar y determinadas formas de ictiosis^{68, 69}. Otros métodos de tratamiento local, como las infiltraciones intralesionales de medicamentos diversos, principalmente corticoesteroides, se han simplificado en su realización mediante dispositivos de tipo del Dermo-jet.

En cuanto a la terapéutica física de afecciones cutáneas, es de señalar la más amplia utilización de nuevos métodos de crioterapia,

⁶⁶ PARRISH, J. A. y cols., *Photochemotherapy of psoriasis with oral methoxsalen and longwave ultraviolet light*. New Engl. J. Med. 291: 1.207, 1974.

⁶⁷ Véase el n.º 3 del volumen 2 (1975) del International Psoriasis Bulletin, editado por el Departamento de Dermatología de la Stanford University School of Medicine (Stanford, Cal.).

⁶⁸ QUIÑONES, P. A. y cols., *Tratamiento tópico del acné vulgar con vitamina A ácida*. Med. Cut. 6: 109, 1972.

⁶⁹ QUIÑONES, P. A. y cols., *Tratamiento de las ictiosis con ácido retinoico*. An. R. Acad. Med. Cir. Vall. 11: 469, 1973.

fundamentalmente con nitrógeno líquido, sin que ello haya supuesto el abandono de procedimientos clásicos como la nieve carbónica.

El uso de las radiaciones ionizantes se ha delimitado y concretado en los últimos años, conservando un papel importante en el tratamiento de procesos malignos, en los que comparten indicaciones con la cirugía, y manteniendo algunas otras bien establecidas en enfermedades de carácter benigno donde, no obstante, su área de aplicación se ha reducido.

Lepra

La lepra continúa siendo una cuestión de especial interés para nuestro país, por cuanto que España es todavía uno de los pocos estados europeos afectados por un problema de endemia leprosa, si bien tenga ésta un muy bajo índice de prevalencia.

Dificultades muy graves para la investigación en el campo de la lepra lo fueron, en todo momento, las representadas por la imposibilidad de cultivar el *Mycobacterium leprae*, así como la inutilidad de innumerables intentos de transmisión experimental de la enfermedad, tanto en la especie humana como en los más diversos animales de experimentación. Desde mediados del siglo pasado y, por consiguiente, desde antes del descubrimiento del bacilo de Hansen, fueron muchos los ensayos de inoculación de la lepra en el hombre, algunos de ellos tan impresionantes como los llevados a cabo en sí mismo por DANIELSEN quien, además de inocularse sangre y exudado pleural de enfermos de lepra, llegó a injertarse un leproma en su propio brazo y, todo ello, con un resultado negativo⁷⁰. Es, pues, un hito en la historia de la lepra la consecución por SHEPARD⁷¹ de una infección leprosa experimental en el cojinete plantar del ratón, que se ha mostrado útil para ensayos terapéuticos en esta enfermedad. En esta misma línea, ofrecen un excepcional interés los trabajos de STORRS y colb.⁷², realizados más recientemente, al conseguir producir en otro animal —el armadillo de nueve bandas o *Dasypus novemcinctus* L— inmunológicamente intacto, una lepra diseminada le-

⁷⁰ En lo que se refiere a esta y a otras experiencias de inoculación experimental de la lepra en la especie humana, véase J. GÓMEZ ORBANEJA y A. GARCÍA PÉREZ, *Lepra*. Paz Montalvo, Madrid, 1935, p. 26 y ss., y J. TERENCIO DE LAS AGUAS, *Lecciones de leprología*. Fontilles, 1973, p. 55 y ss.

⁷¹ SHEPARD, C. C., *The experimental disease that follows the injection of human leprosy bacilli into foot-pads of mice*. J. Exp. Med. 112: 445, 1960.

⁷² STORRS, E. E. y colbs., *Leprosy in the armadillo: New model for biomedical research*. Science 183: 851, 1974.

promatosa altamente bacilífera. Tan sólo siete de estos animales proporcionaron en la autopsia 988 gramos de tejidos lepromatoso, con un contenido en bacilos estimados en unos 15 a 20 g. Las posibilidades que esta lepra experimental del armadillo ofrece, para estudios inmunológicos, bacteriológicos, terapéuticos, etc., son realmente incalculables.

En otro orden de hechos, y en lo que respecta a los patrones de expresión clínica e histopatológica cutánea de la lepra, en los últimos años se han estudiado nuevas formas, calificadas de «histoides», de la lepra lepromatosa ^{73, 74} cuya significación e individualidad están siendo debatidas ⁷⁵.

Por otro lado, la inmunología de la lepra ha promovido en los últimos años un gran interés, y atraído una especial atención, lo que se explica porque, como dice WRIGHT ⁷⁶, esta enfermedad «proporciona un modelo perfecto para mostrar cómo las manifestaciones y el progreso de las enfermedades inflamatorias crónicas, son modificadas por la capacidad del huésped para aparejar una respuesta celular o humoral». La notable variación en la expresión clínica y patológica de la lepra se ha estimado, desde hace mucho tiempo, como dependiente de la situación alérgicoinmunitaria del paciente frente a la infección por el bacilo de Hansen. Esa variabilidad se muestra no sólo en la existencia de dos formas totalmente contrapuestas de la enfermedad —las llamadas «formas polares de la lepra»—, sino también de tipos de transición —lepra «dimorfa» o «borderline»— y en las incidencias de un curso clínico que, siendo esencialmente crónico, puede presentar también fases o brotes agudos (leprorreacciones). Las formas benignas, tuberculoides, y las malignas o lepromatosas, serían solamente la modalidad diferente de respuesta del huésped en función de la situación de la inmunidad celular que, en el segundo caso, sería deficitaria, en tanto que las leprorreacciones del tipo del «eritema nudoso leproso» podrían

⁷³ RODRÍGUEZ, J. N., *The histoid leproma. Its characteristics and significance*. Int. J. Lepr. 37: 1, 1969.

⁷⁴ CHAUDHURY, D S. y cols., *Histoid variety of lepromatous leprosy*. Lepr. Rev. 42: 203, 1971.

⁷⁵ BUTHANI, L. K. y cols., *Histoid leprosy in North India*. Int. J. Lepr. 42: 174, 1974.

⁷⁶ WRIGHT, D. H., *Immunological aspects of diagnostic histopathology*. En «Clinical Aspects of Immunology», de P. G. H. GELL, R. R. A. COOMBS y P. J. LACHMANN, 3.ª ed., Blackwell, Oxford, etc., 1975, p. 783.

explicarse como un fenómeno de Arthus⁷⁷. Estas leprorreacciones parecen ocurrir cuando grandes cantidades de antígeno son brusca- mente liberadas en los tejidos de pacientes con un alto nivel de anticuerpos circulantes⁷⁸, lo que explicaría que tales leprorreacciones puedan ser desencadenadas por la quimioterapia con sulfonas.

En concordancia con lo que acabamos de señalar, en los pa- cientes de lepra lepromatosa se comprueba que, aunque inmunode- ficientes en lo que se refiere a la inmunidad celular, tienen sin em- bargo altos títulos de anticuerpos anti-micobacterianos y, los afec- tos de leprorreacciones, muestran evidencia de inmunocomplejos en sangre periférica y depósito de los mismos en los vasos dérmicos de sus lesiones de vasculitis⁷⁹. Parece pues, probable que el amplio espectro clínico-patológico de la lepra sea el resultado de la heterogeneidad de la respuesta del huésped, como consecuencia de un diferente balance relativo de la respuesta humoral y celular⁸⁰.

Esta mejor comprensión de la participación del sistema inmu- nitario en la patogenia de la lepra, como señalan LEVISON y colbs.⁸¹ han conducido a nuevas posibilidades terapéuticas, entre las que en- cuentran la profilaxis con BCG⁸², la administración de leucocitos de donantes tuberculín-positivos o lepromín-positivos y la inmu- noterapia con factor *transfer* obtenido de leucocitos de donantes sanos Mitsuda-positivos. En lo que se refiere a este último atisbo terapéu- tico, es especialmente importante la aportación de BULLOCK y co- laboradores⁸³.

Para terminar este apartado de los avances recientes en el campo de la lepra, hemos de señalar la incorporación en los últimos años de nuevos agentes terapéuticos que, aun no siendo superiores a las sulfonas como agentes bacteriostáticos frente al *M. leprae*, pro- porcionan sin embargo muy útiles alternativas para los casos en que aquéllas no pueden ser empleadas o en que se evidencia una resis-

77 COOMBS, R. R. A., y colbs., *The allergic reactions as factors determining and influencing microbial pathogenicity*. Ibid., p. 978.

78 COOMBS, R. R. R. y colbs., loc. cit.

79 WRIGHT, D. H., loc. cit.

80 SOOTHILL, J. F., *Immunity deficiency states*. Ibid., p. 649.

81 LEVINSON, A. I. y colbs., *Immunologic aspects of leprosy*. Int. J. Derm. 16: 103, 1977.

82 Para una información acerca de la profilaxis de la lepra con BCG, y de su técnica de aplicación cuando se emplea con esta finalidad, véase B. PÉREZ PÉREZ, *El B.C.G. en la profilaxis de la lepra*. Tesis doctoral, Universidad de Salamanca, 1972.

83 BULLOCK, W. E. y colbs., *Evaluation of transfer factor as immunotherapy for patients with lepromatous leprosy*. New Engl. J. Med. 287: 1.053, 1972.

tencias a las mismas. Recordemos al thiambutosina o difenilthiourea, conocida también como DPT o Ciba-1906; la clofazimina (Lampren o B-663) y el antibiótico refampicina como más importantes y ya más ampliamente valoradas, así como la utilidad de la thalidomida en las leproreacciones.

Enfermedades venéreas

Se consideran como *venéreas* aquellas enfermedades infecto-contagiosas cuyo mecanismo de transmisión está representado fundamentalmente por el contacto sexual, siendo otras formas de contagio excepcionales, accesorias o derivadas secundariamente de aquél. Esa particular vía de propagación ha sido el factor determinante del altísimo índice de prevalencia que estas enfermedades alcanzaron y mantuvieron a lo largo de siglos, durante los cuales no sólo significaron una causa importante de muerte, sino sobre todo, uno de los motivos más comunes de grave deterioro de la salud individual, familiar y social. Baste con recordar a este respecto que, en las primeras décadas de nuestro siglo, se estimaba que una quinta parte de la población adulta en el mundo occidental estaba afectada por la sífilis, y en 1916, la Real Comisión de Enfermedades Venéreas, en Gran Bretaña, manifestaba que un 10 por 100 de los londinenses eran sifilíticos⁸⁴.

Dentro del grupo de las *enfermedades venéreas* se suelen incluir, fundamentalmente, la sífilis, la blenorragia o gonorrea, el chancro blando o «chancroide» y el linfogranuloma venéreo. A éstas habría sin duda que añadir, de acuerdo con el concepto antes enunciado, la hoy llamada «infección genital inespecífica» (que comprende la mayoría de las formas de uretritis no gonocócica), el granuloma inguinal o donovanosis y la triconomiasis.

En la actualidad, se tiende a hablar de enfermedades «sexualmente transmitidas» o «sexualmente transmisibles», más bien que de enfermedades venéreas. Evidentemente, una enfermedad sexualmente *transmitida* es una enfermedad venérea, pero en cambio el concepto de enfermedades sexualmente *transmisibles* es mucho más

⁸⁴ ROYAL COMMISSION ON VENERAL DISEASE, Final repor. H. M. S. O., Londres, 1916. Citada por R. S. MORTON en *Recent Advances in Sexually Transmitted Diseases* (I), de R. S. MORTON y J. R. W. HARRIS, Churchill Livingstone, Edimburgo, etc., 1975, p. 377.

amplio ya que comprende, además de las venéreas, todas aquellas otras enfermedades que pueden ser adquiridas por contacto sexual, aun cuando no esta la vía predominante de contagio, o no lo sea con la frecuencia suficiente como para poder considerarlas de una manera general como venéreas. En este concepto se integrarían procesos tan diversos, que van desde la sarna hasta la hepatitis vírica B o a la infección por citomegalovirus.

La historia de las enfermedades venéreas y especialmente de la más dramática de ellas, la sífilis, a lo largo de nuestro siglo, constituye uno de los ejemplos más alentadores de la eficacia del progreso de la Medicina. En efecto, en los primeros años de este siglo ni siquiera era conocida la causa de esa enfermedad y, sin embargo, en un breve período de escasamente cinco años, no sólo fue descubierta aquélla sino que se pusieron a punto por primera vez métodos diagnósticos y terapéuticos efectivos. Así, en 1905, SCHAUDINN y HOFFMANN descubrieron la *Spirochoeta pallida*, después llamada *Treponema pallidum*, determinante de la enfermedad; al año siguiente, WASSERMANN, estableció la técnica de una reacción serológica de fijación de complemento para el diagnóstico de la sífilis, y en 1909, EHRLICH introdujo el primer quimioterápico específico, la arsfenamina, Salvarsán o 606, mejorando poco después esta vía terapéutica con la introducción de la neoarsfenamina, Neosalvarsán o 914. En 1921, SAZERAC y LEVADITI complementaron el método de tratamiento arsenical de la sífilis con la asociación de sales de bismuto, aplicadas por vía intramuscular.

A pesar de esos notables avances, los problemas del diagnóstico y del tratamiento de la sífilis no podían considerarse como enteramente resueltos y, de hecho, la prevalencia de la enfermedad se mantenía sin variación apreciable en la proximidad de la mitad de nuestro siglo. La reacción de Wassermann y todas las muchas que de ella se derivaron, aun siendo extremadamente útiles, no resultaban totalmente satisfactorias dada su falta de especificidad. En efecto, este tipo de reacciones serológicas, llamadas genéricamente pruebas reagínicas, no detectan la presencia de anticuerpos específicos antitreponémicos, sino que ponen de manifiesto reagentes anti-lipoideas que aparecen en el suero en el curso de ciertas enfermedades, fundamentalmente la sífilis, pero que en pequeña cantidad pueden existir incluso en sujetos normales. Ello supone que, oca-

sionalmente, pueden ser positivas en ausencia completa de infección sifilítica. Tales reacciones falsamente positivas son, sin embargo, biológicamente auténticas, en cuanto que expresan con certeza la existencia en el suero de reaginas y, por ello, se las designa como «reacciones falsas biológicamente positivas», para diferenciarlas de las falsas positividades debidas solamente a errores o a defectos técnicos. La cuestión es importante, dada la proporción de individuos y la diversidad de circunstancias en que pueden encontrarse esas reacciones falsas biológicamente positivas. Así, MOORE y MOHR⁸⁵ estiman que el 20 por 100 de la población está formado por individuos que son, potencialmente, reactores positivos falsos. Estas positividades pueden tener un carácter «agudo», persistiendo sólo unas pocas semanas o meses, o «crónico», entendiéndose con este último calificativo una persistencia prolongada, superior a los seis meses y que puede ser de muchos años.

Las reacciones positivas falsas de carácter «agudo», es decir, pasajeras, pueden presentarse coincidiendo con enfermedades infecciosas diversas, tales como hepatitis, neumonías, sarampión, paludismo, etc., pudiendo también ser provocadas por procedimientos de inmunización como la vacunación antivariólica o la vacuna TAB.

La única enfermedad infecciosa capaz de determinar reacciones serológicas de sífilis falsamente positivas, con carácter «crónico», es la lepra, en cuya forma lepromatosa pueden encontrarse con notable frecuencia⁸⁶. Por lo demás, estas positividades falsas de tipo «crónico», son mucho más frecuentes en mujeres y pueden presentarse asociadas a enfermedades autoinmunes, tales como el lupus eritematoso sistémico, anemia hemolítica autoinmune, artritis reumatoide, tiroiditis de Hashimoto, etc., pudiendo preceder en muchos años al desarrollo de tales enfermedades. Ni que decir tiene que esta significación premonitoria confiere una excepcional importancia a este fenómeno inmunológico que, como señala CATTERALL⁸⁷ presenta una situación única en medicina al permitir predecir, con años de anticipación, que un cierto número de estos individuos con reacciones positivas falsas, desarrollaran con el tiempo enfermedades graves y a

⁸⁵ MOORE, J. E. y MOHR, C. F., J.A.M.A. 150: 467, 1952. Citados por CATTERALL, R. D., *The chronic biological false positive reaction*. En R. S. MORTON y J. R. W. HARRIS, loc. cit., nota 84, p. 175.

⁸⁶ Véase GÓMEZ ORBANEJA, J. y GARCÍA PÉREZ, A., loc. cit., nota 70, p. 284, y GAY PRUETO, J., *Dermatología*, 7.ª ed., Científico-Médica, Barcelona, etc., 1971, p. 381.

⁸⁷ CATTERALL, R. D., loc. cit., nota 85, p. 181.

veces fatales. De aquí el gran interés sanitario que, en la actualidad, tiene la realización de encuestas serológicas en colectividades y en grandes grupos de población, ya que no sólo permitirán el descubrimiento de casos de sífilis ignorada, sino también de personas en trance de eventual desarrollo de alguna de aquellas otras enfermedades antes citadas. Así, es bien sabido que, especialmente si se trata de mujeres jóvenes, el hallazgo de una positividad serológica falsa puede ser indicio de un lupus eritematoso sistémico que acaso tardará años en manifestarse, lo que implica la necesidad de una estricta y prolongada vigilancia.

El carácter no específico de las pruebas serológicas mencionadas, explica el gran interés que despertó la puesta a punto por NELSON y MAYER en 1948-49, de una primera prueba rigurosamente específica de la infección treponémica: el llamado «test de inmovilización treponémica», TPI o «test de Nelson», el cual es de enorme utilidad para solventar determinados problemas concretos pero que, no obstante, no puede sustituir como un procedimiento de rutina a la serología clásica. De aquí que la orientación posterior haya sido el desarrollo de pruebas específicas sencillas, tales como los tests de «inmuno-adherencia», de aglutinación o de hemaglutinación, y de fluorescencia (FTA-ABS o «absorbed fluorescent treponemal antibody test»), así como de aquellas pruebas que poseen al menos una especificidad de grupo, como las que utilizan como antígeno una fracción proteica obtenida del treponema Reiter.

En cuanto al tratamiento, la quimioterapia arseno-bismútica de la sífilis era sin duda eficaz, pero a pesar de ello distaba mucho de ser satisfactoria. Es cierto que, correctamente aplicada, proporcionaba en la sífilis precoz un porcentaje de curaciones definitivas que, por lo general, se estimaba como próximo a un 90 por 100; pero la excesiva duración del tratamiento y la necesidad de dividirlo en varios ciclos separados por períodos de descanso, determinaba un tan elevado número de abandonos que, en realidad, el citado porcentaje de curaciones resultaba solamente referible a la reducida proporción de pacientes que completaban la totalidad del tratamiento y que, según diversas estadísticas, venía a ser estimada en sólo un 10 a un 30 por 100.

Por otra parte, con unas medicaciones que requerían pautas de aplicación tan prolongadas, resultaba enteramente ilusorio el

pensar en la posibilidad de llevar a cabo campañas de tratamiento de grandes masas de población, encaminadas no ya a la erradicación de la sífilis venérea, sino también de la sífilis endémica de ciertas áreas de Europa, así como de otras treponemosis exóticas estrechamente emparentadas con aquélla.

Además, el tratamiento arsenical de la sífilis entrañaba riesgos muy importantes, tanto por la frecuencia como por la gravedad de los efectos secundarios que podían presentarse, de los que algunos, como las llamadas crisis nitritoides, la encefalopatía arsenical o las eritrodermias salvarsánicas, podían resultar fatales. De aquí que, con razón, dijese VILANOVA que la mortalidad del tratamiento arsenobismútico de la sífilis era «casi de rango quirúrgico».

Representa, pues, un hito fundamental en la historia de la sífilis la introducción de la penicilina en el tratamiento de la misma. Fue en 1943 cuando MAHONEY, ARNOLD y HARRIS comunicaron por primera vez los resultados alentadores obtenidos con penicilina en la sífilis experimental del conejo y en una corta serie de casos de sífilis humana. En los primeros años de la década de los 50, después de un amplio trabajo de valoración clínico-terapéutica y del desarrollo farmacológico de preparados de penicilina más activos y eficaces, este antibiótico se generalizó en todo el mundo como tratamiento prácticamente exclusivo de la sífilis y demás treponemosis.

La penicilina, en forma de preparados de depósito como el PAM o la penicilina-benzatína, es realmente un desideratum para el tratamiento de una enfermedad de tanta trascendencia sanitaria como la sífilis y, en general, de las treponemosis. En efecto, está prácticamente exenta de toxicidad, aunque no de la posibilidad de determinar con relativa frecuencia reacciones de hipersensibilidad; permite la curación de la sífilis precoz incluso con una sola inyección de una dosis suficiente, haciendo posible de este modo la realización de campañas de tratamiento de masas y, además, no se han encontrado nunca cepas de *T. pallidum* resistentes a ella. No obstante, la observación ocasional de algunos fracasos terapéuticos, imputables probablemente al fenómeno conocido como «persistencia microbiana»⁸⁸, hace necesario el mantenimiento de un adecuado control clínico y serológico post-terapéutico.

⁸⁸ HARRIS, J. R. W. (*Syphilis*) *Therapy*. EN R. S. MORTON y J. R. W. HARRIS, loc. cit., nota 84, p. 163.

Otros antibióticos, especialmente eritromicina, tetraciclinas y, entre éstas, la doxiciclina, han sido bien investigadas en sífiloterapia y ofrecen una válida alternativa para aquellos casos en que, generalmente a causa de reacciones de hipersensibilidad, la penicilina no puede ser empleada.

El impacto de la penicilina y, en general, de los antibióticos fue tan espectacular que condujo a concebir la esperanza de una completa desaparición de las enfermedades venéreas a corto plazo. Si esto no se logró, ni parece hoy posible, ello se debe a razones sociales diversas, en su mayoría ajenas enteramente al cometido específico de la medicina que, por su parte, ha cumplido con holgura en este campo su misión primordial de procurar soluciones prácticas para los problemas de la salud. A lo largo de los años 50, la incidencia de sífilis venérea comenzó a declinar rápidamente. En 1949, la Organización Mundial de la Salud inició su campaña contra la sífilis endémica, no venérea, de Bosnia y Herzegovina, en Yugoslavia, donde se estimaba que unas 120.000 personas se hallaban infectadas⁸⁹ y, en poco tiempo, esta plaga fue totalmente erradicada⁹⁰. El esfuerzo sanitario en este sentido, llevado a cabo bajo la égida de la O. M. S., ha sido realmente ingente. Se estima que, en el curso de las campañas internacionales para la erradicación de las treponematosis no venéreas, habían sido ya examinados en 1969 ciento sesenta millones de personas y tratados unos cincuenta⁹¹.

Pero a pesar de todos estos avances, y en contraposición con estos logros que acabamos de citar, las enfermedades venéreas no sólo no se han extinguido sino que, desde hace unos quince años, su incidencia parece ir incrementándose en todo el mundo de una manera incesante, en un curioso fenómeno de expansión al que GAY PRIETO⁹² alude certeramente cuando lo señala como «el problema y la paradoja». A partir de 1963, la Organización Mundial de la Salud ha venido llamando la atención acerca de un aumento creciente de sífilis y blenorragia en la mayor parte de los países. El director

⁸⁹ KING, A. y NICOL, C., *Venereal Disease*. Third edition. Baillière-Tindall, Londres, 1975, p. 311.

⁹⁰ GRIN, E. I. y GUTHE, T., *Evaluation of a previous mass campaign against endemic syphilis in Bosnia and Herzegovine*. Brit. J. Vener. Dis. 49: 1, 1973.

⁹¹ HARRIS, J. M. W., *Non-venereal treponematoses*. Loc. cit. nota 84, p. 124.

⁹² GAY PRIETO, J. y GUTHE, T., *Treponematosis y enfermedades venéreas*. 4.ª edic. Científico-Médica, Barcelona, etc., 1969, p. 407.

General de la Organización, doctor Candau ⁹³, en su informe anual para 1972, señalaba que las enfermedades venéreas estaban difundándose tan rápidamente que amenazaban con escapar de todo control y añadía que, en lo que se refiere a la gonorrea, el incremento en la prevalencia era tan alto como para alcanzar la cifra de un 10 por 100 anual. Del mismo modo, MORTON ⁹⁴ indica que, en los primeros años de la década de los 60, la incidencia anual de infecciones gonocócicas en el mundo era estimada en unos 60 millones, en tanto que pocos años después alcanzaba los 200. En los Estados Unidos, del total de casos de enfermedades contagiosas declarados en 1972, más de la mitad correspondían a blenorragia que, en orden de frecuencia, iba seguida por la varicela y, después, por la sífilis ⁹⁵. Asimismo, también en los Estados Unidos de América, las evaluaciones de la Oficina Sanitaria Panamericana indican que, en 1973, la verdadera incidencia de la blenorragia debió de exceder de dos millones y medio de casos, lo que supone un 1 por 100 de la población total del país; esto es, sólo en el corto período de un año, de cada cien habitantes uno padeció blenorragia ⁹⁶.

En lo que se refiere a la repercusión económica del problema se estima que, en los Estados Unidos, solamente las complicaciones de la blenorragia femenina supusieron en 1972 un perjuicio de alrededor de 212 millones de dólares ⁹⁶.

Ante esta alarmante situación parece necesario y urgente un replanteamiento del problema de las enfermedades venéreas, comenzando por considerar cuáles puedan ser las razones que expliquen la antes mencionada paradoja. ¿Por qué las esperanzas de hace veinte años se han visto tan notablemente defraudadas? ¿A qué se debe que, precisamente en los años de mayor disponibilidad de recursos y de medios eficaces para el diagnóstico y el tratamiento de estas enfermedades, la morbilidad venérea haya ido aumentando en lugar de disminuir? Evidentemente en este un fenómeno que sólo puede ser entendido si se le contempla a la luz de los profundos cambios sociales que, de una manera rápidamente progresiva, han venido produciéndose a partir de la segunda guerra mundial y que

⁹³ CANDAU, M., Citado por MORTON, R. S. *Contact tracing*, loc. cit., nota 84, p. 406.

⁹⁴ MORTON, R. S. (*Gonorrhoea*) *Epidemiological aspects*. Ibid., p. 7.

⁹⁵ Datos tomados de un trabajo de CAUSSE, G., *Un problema mundial*. Salud Mundial, mayo de 1975, p. 3.

⁹⁶ RENDTORFF, R. C., *Lo que cuestan las enfermedades venéreas*. Ibid, p. 30.

han tenido la más honda repercusión sobre el comportamiento humano en general y sobre la conducta sexual en particular. Se trata, básicamente, del tránsito de una sociedad ordenada con arreglo a normas morales, a otra que no reconoce más principio rector que la libertad. Así, en el asunto que nos ocupa, y sin pretender ni mucho menos una revisión de todos y de cada uno de los factores implicados, habría que destacar en primer término la drástica reducción en la operatividad de aquellos que, tradicionalmente, habían ejercido un mayor influjo sobre la conducta, esto es, la familia, la religión, las costumbres establecidas y la moral social tradicional. En relación con esto, el papel fundamental en la expansión actual de las enfermedades venéreas, corresponde a dos órdenes concretos de hechos: La difusión de los modernos métodos anticonceptivos por una parte y, por otra, el abierto incremento de la homosexualidad masculina, al amparo de las nuevas actitudes de comprensión y de tolerancia.

Los dispositivos intrauterinos y, especialmente, los anticonceptivos orales, ofreciendo a la mujer la posibilidad de una vida sexual libre sin riesgo de embarazo, han conducido a un notable incremento de la actividad sexual y de la promiscuidad⁹⁷, siendo esta última la que, en definitiva, multiplica las posibilidades de adquirir y de propagar la infección. Pero, además, los anticonceptivos actuales han relegado a un segundo término a los antiguos contraceptivos mecánicos, los cuales tenían la ventaja de que, al mismo tiempo, actuaban como profilácticos eficaces de las enfermedades venéreas.

En cuanto a la participación de la homosexualidad masculina en la difusión de estas infecciones, algunos datos estadísticos fidedignos son altamente reveladores. La estadística del Grupo Clínico Cooperativo Británico⁹⁸, que comprende un total de 176 clínicas en Gran Bretaña, pone en evidencia que un 42 por ciento de los casos nuevos de sífilis habían sido adquiridos en relaciones de carácter homosexual. Más aún, ese porcentaje se refiere al conjunto del Reino Unido, porque si la referencia se hace solamente al área de Londres, entonces no es un 42 sino un 73 por 100. Coincidentes

⁹⁷ JUHLIN, L., *Factors influencing the spread of gonorrhoea: II. Sexual behavior at different ages*. Acta dermato-venereol. 48: 82, 1968.

⁹⁸ BRITISH COOPERATIVE CLINICAL GROUP, *Homosexuality and venereal disease in the United Kingdom*. Brit. J. Vener. Dis. 43: 329, 1973.

substancialmente con éstos son los datos de FLUKER⁹⁹, referentes a la West London Clinic, en la que un 82 por 100 de los casos de sífilis infecciosa atendidos durante los años de 1968 a 1971, eran de origen homosexual. En definitiva, existe hoy un general acuerdo en que, en la actualidad, el homosexual y el bisexual masculinos constituyen el factor más importante en la transmisión de la sífilis, en virtud de su alto grado de promiscuidad.

Un tanto diferente es la cuestión en lo que se refiere a la epidemiología de la gonorrea, en la que es prominente el papel de difusión ejercido por portadoras asintomáticas. Tampoco podría ser olvidado el portador masculino sin síntomas clínicos, que casi nunca ha sido considerado en la epidemiología de la infección gonocócica y que, no obstante, sería hoy bastante frecuente. Por otra parte, WILLCOX¹⁰⁰ destaca la importancia epidemiológica del hombre infectado, como determinante de un mecanismo de «feed-back» que mantiene la incidencia de la enfermedad en el «pool» femenino.

Otros factores que están contribuyendo en buena medida a la actual difusión de las enfermedades sexualmente transmisibles, son bien conocidos y pueden ser sumariamente consignados: Uno de ellos es la mayor precocidad en la iniciación de relaciones sexuales, en virtud de lo cual los adolescentes y los jóvenes menores de edad, ocupan un lugar cada vez más importante en la epidemiología de esas enfermedades, favorecido igualmente por el elevado grado de promiscuidad en este grupo de edades, así como por una carencia de la más elemental información acerca de estas cuestiones. Así por ejemplo, YARBER¹⁰¹ encontró que un 40 por 100 de las muchachas de este grupo, creían que los anticonceptivos orales les proporcionaban al mismo tiempo una protección frente a las enfermedades venéreas.

En este grupo de edades a que nos estamos refiriendo, es importante la influencia de factores tales como el alcohol, las drogas y la quiebra de la vida familiar. JUHLIN¹⁰² recoge el dato de que en-

⁹⁹ FLUKER, J. L., *Sífilis. The Practitioner* (ed. española), 90: 32, 1973.

¹⁰⁰ WILLCOX, R. R., *The eesence of gonorrhoea control. I: The importance of «feed back».* *Acta Dermato-vener.* 45: 302, 1965; IDEM, *The eesence of gonorrhoeae control. II: The delineation of «feed back».* *Ibid.*, 46: 95, 1966.

¹⁰¹ YARBER, W. L., *Teenage girls and venereal disease prophylaxis.* *Brit. J. Vener. Dis.* 53: 135, 1977.

¹⁰² JUHLIN, L., *Factor influencing the spread of gonorrhoea. I: Educational and social behavior.* *Acta dermato-vener.* 48: 75, 1968.

tre los pacientes venéreos de ambos sexos, menores de 20 años, un 34 por 100 procedían de hogares disueltos.

Factores sociales con una participación no desdeñable son los grandes movimientos de población, en virtud de la emigración, el turismo, el desplazamiento desde las áreas rurales a las urbanas, la profunda modificación de la estructura social condicionada por la industrialización, etc.

También es preciso mencionar que, a diferencia de lo que ocurre en la sífilis, en que el *T. Pallidum* no ha mostrado cepas resistentes a penicilina, sin embargo en la blenorragia parece observarse una resistencia creciente de la *Neisseria gonorrhoeae* a este antibiótico, y se vienen aislando cepas productoras de penicilinasas¹⁰³.

Para terminar, habría que añadir otros hechos que implican una más directa responsabilidad de la organización sanitaria y asistencial y, en primer término, la relajación de las medidas generales de prevención y las estimaciones desacertadas en la planificación y organización de la lucha antivenérea, como consecuencia de una minusvalorización del problema y de un excesivo optimismo en cuanto a las posibilidades para su rápida eliminación. Precisamente cuando en todo el mundo se iban confirmando las impresiones pesimistas, respecto a un recrudecimiento progresivo de la morbilidad venérea, en España se procedió a una reducción de la plantilla de médicos, de la Lucha Oficial Antivenérea. Ello es aún más grave si se tiene en cuenta que la Seguridad Social, la vasta organización que tiene a su cargo la asistencia de casi la totalidad de la población española, y que decide autocráticamente cuáles son las enfermedades que esa población tiene, o no tiene, derecho a padecer, ha ignorado en todo momento la existencia de las enfermedades venéreas o, lo que es igual, las ha excluido de la relación de los padecimientos humanos posibles.

Por otra parte, se viene últimamente llamando la atención acerca del hecho de que siendo los médicos generales quienes, en muchos países, tratan el mayor número de pacientes de enfermedades sexualmente transmisibles, sin embargo carecen con frecuencia de la necesaria formación, a causa de la escasa atención prestada a estos temas en los planes y programas de las Facultades de Medicina,

¹⁰³ BLOG, F. B. y cols., *Penicillinase-producing strains of Neisseria gonorrhoeae isolated in Rotterdam*. Brit. J. Vener. Dis. 53: 98, 1977.

por haberlos considerado equivocadamente como en vías de próxima extinción. Según WEBSTER¹⁰⁴, los médicos que se han graduado en los Estados Unidos en los últimos veinte años, tienen tan sólo un conocimiento escaso o enteramente nulo, acerca del diagnóstico y tratamiento de esas enfermedades y, a pesar de ello, se estima que son estos médicos los que tratan más del 80 por 100 de los pacientes de sífilis en aquel país. Ni que decir tiene que una enseñanza adecuada de estas cuestiones, como de cualquier otra, es enteramente imposible en la actualidad en nuestras Facultades de Medicina, por razones que están en la mente de todos.

¹⁰⁴ WEBSTER, B., Brit. J. Vener. Dis. 46: 406, 1970. Citado por J. R. W. HARRIS, (*Syphilis*) *Epidemiological and Social Aspects*. En R. S. MORTON y J. R. W. HARRIS, loc. cit., nota 84, p. 95.

ACABOSE DE IMPRIMIR ESTE DISCURSO DE APERTURA
DEL CURSO ACADEMICO 1977-78, DE LA UNI-
VERSIDAD DE VALLADOLID, EL DIA 6 DE
OCTUBRE DE 1977, EN LOS TA-
LLERES DE LA EDITORIAL
«SEVER-CUESTA», DE
VALLADOLID