

# EL VITILIGO

---



## TESIS

PRESENTADA ANTE LA JUNTA DIRECTIVA

DE LA

FACULTAD DE MEDICINA Y CIRUGIA

POR

**ERNESTO MARROQUIN GÜNTHER**

Ex-interno de los Hospitales, ex-Cirujano militar en la frontera Occidental,  
ex-Médico encargado para combatir la epidemia de Tifus  
en la zona de Canales

EN EL ACTO

DE SU INVESTIDURA DE

**MÉDICO Y CIRUJANO**

=====  
AGOSTO DE 1921  
=====

GUATEMALA, C. A.

TIPOGRAFIA SANCHEZ & DE GUISE

8ª Avenida Sur, Nº 24.

# EL VITILIGO

## DEFINICION

El vitiligo es una discromía cutánea, una atrofia pigmentaria o leucopatía adquirida, con carácter idiopático, constituida por manchas de color blanco perfectamente limitadas y rodeadas de una zona de hiperpigmentación, de desarrollo más o menos lento y gradual, en uno o varios puntos de la superficie tegumentaria.

## HISTORIA

Celso fué el primero que empleó la palabra "vitiligo" para designar una enfermedad que consideraba como benigna; en su obra no dice de qué palabra griega ha traducido "vitiligo," pero es probable que ha comprendido mal a los médicos griegos que él resume, puesto que Galeno comprende de otra manera que él, el vitiligo. Celso distingue en el vitiligo tres especies: *Alphos*, *Melas* y *Leuce*. Para Galeno y sus comentadores *Alphos* es un género del cual *Leuce* es una especie y vitiligo es la traducción de *Leuce*.

En resumen: toda mácula unida y sin escamas se llama *Alphos*; se distinguen tres especies: *Alphos simple*, *Alphos blanco* y *Alphos Melánico*; en el *Alphos blanco* (*Λευκος*) (vitiligo) la mancha es blanca como mármol y ligeramente deprimida, por consecuencia de la atrofia de la dermis. Los Arabes usaron también estos términos para designar ciertas formas de la Lepra y lo denominaban *Morphée*, y distinguían un *morphée blanco* y un *morphée negro*.

Willan usó también la denominación de vitiligo, pero cambiando completamente el sentido de la palabra, no se ha podido saber la enfermedad que con ello significaba, creyéndose que denominaba así a la urticaria pigmentada.

Bateman que ve en las dos primeras especies de vitiligo de Celso afecciones escamosas describe así el vitiligo de su maestro: "Tubérculos blancos, lisos y lustrosos, que se levantan sobre la piel y son aplanados en diez días." Cuando la erupción está deprimida tiene alguna semejanza con la carne de la vaca."

Tilbury Fox en esta afección ha creído reconocer el *xantelasmoide*, (la urticaria pigmentada).

Cazenave y Schedel han tomado el vitiligo en el sentido galénico de (*Λευκος*) (leucodermia, mancha acrómica) pero han con-

fundido con él, el pórriigo decalvans de Bateman, es decir la peladera.

En fin, Hebra y Kaposi llaman "vitiligo" a esta enfermedad particular de la piel, en la cual manchas redondas y ovales, claramente limitadas, blancas (sin pigmento) no cubriéndose de escamas (lisas) se producen sobre la piel y van constantemente ensanchándose, mientras que sus bordes parecen rodeados de un pigmento obscuro anormal. Bazin define el vitiligo exactamente de la misma manera. Cosa rara en dermatología esta concepción ha unido todos los sufragios y desde ahora importa poco que se inserte el vitiligo en las acrómias como lo hacen Hebra y Kaposi, o en las discrómias como lo hace Bazin.

En nuestros días, todavía algunos autores quieren dar a la palabra vitiligo, una acepción más extensa que la que comprende la anterior definición, englobando discrómias congénitas lo mismo que las diversas leucodermias y leucomelanodermias. Pero la mayor parte de los autores están acordes en limitar la denominación de vitiligo a las leucopatías adquiridas y de carácter idiopático.

### DESCRIPCION

Las manchas del vitiligo son totalmente acrómicas o son hipocrómicas, variando su tinte que semeja ya, el blanco del marfil, o ya el de la leche, o al de la creta.

El principio de esta enfermedad se hace ordinariamente en la edad media de la vida, atacando indistintamente a sujetos de ambos sexos, y de toda edad, aunque se ha señalado como predominante en las edades comprendidas entre los quince y los treinta años y dominando en el sexo femenino como lo he podido notar en mis observaciones en Guatemala.

En lo general insidioso, pasa a menudo desapercibido, sobre todo cuando se inicia en partes cubiertas del cuerpo y en individuos poco escrupulosos de su higiene.

Las manchas que al principio son pequeñas y de forma generalmente circular, aumentan lentamente en magnitud, perdiendo esta forma y haciéndose ovales, y cuando se vuelven confluentes forman figuras irregulares, pero pueden quedar pequeñas durante toda su evolución. Sus límites son siempre convexos hacia afuera y la piel pigmentada tiene límites cóncavos. En ocasiones la confluencia de las manchas es tal, que abarca la casi totalidad del tegumento cutáneo.

Sobre la mancha la piel es lisa y suave. Sus bordes son finamente sinuosos.

Los cabellos, los pelos, o los vellos de la región manchada son decolorados y no caen, observándose la leucopatía limitada a los

pelos, sin existir en la piel mancha despigmentada, notándose alguna analogía con el albinismo parcial. A este fenómeno le dá el Dr. Edmundo Lesser de Berlín el nombre de poliosis circunscrita adquirida y trae en su obra una observación característica del caso.

Algunas veces también el pelo conserva su color normal, al menos durante largo tiempo. Se ignora por otra parte de qué manera se hace su decoloración, si es rápida y total, o si es progresiva y parcial. En todo caso parece que hay primero, una caída del pelo con recrecimiento de éste, pero ya blanco porque el vitiligo como ya he dicho no produce alopecia.

Al rededor de las manchas despigmentadas hay una zona de hiperpigmentación, que se confunde poco a poco con la piel sana, dando la impresión de que el pigmento hubiese sido empujado hacia afuera de las superficies acromáticas y acumulado en sus bordes.

Hay pues, a la vez, acromía e hiperacromía, y es necesario para diagnosticar el vitiligo que coexistan la acromía y la hiperacromía.

A consecuencia de esta acumulación de pigmento en la periferia se observa más el contraste entre las partes desprovistas de pigmento y las pigmentadas; y en los casos más intensos el pigmento se reduce a pequeñas superficies que aparecen con un color pardo oscuro muy intenso siendo el resto del cuerpo blanco. En ocasiones estas manchas muy pigmentadas están colocadas en las partes del cuerpo situadas más hacia la periferia (rostro, manos y pies).

El vitiligo puede tener lugar sobre las diferentes partes del cuerpo, menos las palmas de las manos y las plantas de los pies; pero con predilección en los órganos genitales, el surco anal (Lesser). Yo he podido observar que el vitiligo entre nosotros tiene como lugar predilecto la cintura y en la observación N.º 3, que presento, hago notar que las manchas principiaron en la cintura, no existiendo absolutamente ninguna en los órganos genitales ni en el surco anal. Jamás se han señalado manchas sobre las mucosas; pero no hay que olvidar que el borde rojo de los labios y el glande son propiamente hablando superficies cutáneas.

Según E. Gaucher el sitio sobre los órganos genitales es muy importante, "pudiéndose decir y de una manera general que se encuentran siempre, una o muchas placas de vitiligo sobre el púbis, sobre los grandes labios, el escroto o el pene, cuando existen sobre algún otro punto del cuerpo."

También existen casos en los cuales las despigmentaciones se circunscriben a las regiones antes mencionadas.

Otro fenómeno característico de la enfermedad, es la tendencia marcada a la simetría de los focos despigmentados, comparán-

dose a la simetría de las manchas en las alas de la mariposa o como dicen E. Besnier y A. Doyon a la simetría de las manchas del ganado overo de donde creen algunos que se deriva su nombre. Las placas despigmentadas en su desarrollo siguen conservando esta disposición simétrica más o menos pronunciada dando lugar a la formación de ciertas figuras muy singulares.

Sin embargo de esta disposición regular, no tienen una localización fija sino pueden presentarse indistintamente en otras partes.

Según Gaucher en algunos individuos el vitiligo puede desplazarse (vitiligo ambulante). Igualmente otros autores como Besnier y Doyon citan casos en los cuales las lesiones disminuyen sea durante el estío, o sea durante el invierno, hasta el punto que los enfermos han creído en su curación. Trémolières, hace constar también, que según las estaciones varía de intensidad siendo más marcado en el verano, y considerando la enfermedad como incurable, el autor atribuye los pocos casos curados a la clase que él denomina vitiligo emigrante, ondulante y progresivo.

El vitiligo puede palidecerse con los años y en el curso de esta evolución las porciones sobrecoloreadas se encuentran desprendidas bajo la forma de islotes o de bandas irregulares limitadas por líneas cóncavas que se hacen notar mucho sobre el fondo claro de la piel.

Levy ha relacionado tres casos en los cuales todo el pigmento de la piel había así desaparecido (Levy, Recueil de mem. de med. de chir et de pharm. milit. 1865).

La sensibilidad sobre la zona despigmentada es comúnmente normal, pero se han señalado casos donde existía una hipoestesia marcada como en mi observación N.º 2. La sensibilidad al contacto, a la presión y a la temperatura, es siempre normal. No existe dolor aunque sí, algunas raras veces prurito. En apariencia las secreciones de la piel vitiliginosa no son modificadas, pero ensayando experimentalmente con las inyecciones de pilocarpina se ha logrado comprobar la disminución del sudor al nivel de las manchas acrómicas.

## EVOLUCION

El curso del vitiligo, como ya he dicho antes, es progresivo y no hay nada de uniforme en su evolución; excepcionalmente su aparición puede ser brusca y su extensión hacerse en pocos días sobre gran parte de los tegumentos, llegando a ocupar la casi totalidad del cuerpo. Pero en la generalidad de los casos es el

médico, en el curso de un examen, quien hace notar al paciente la existencia en él, de una mancha acrómica o por azar que el enfermo lo nota y la enfermedad crece por empuje de manera insensible y con largos intervalos.

Una vez constituida la enfermedad es raramente fija e inmutable, lo más comúnmente varía de intensidad, pero no de límites (J. Darier).

### ETIOLOGIA

La etiología del vitiligo está todavía en estudio, ignorándose a la fecha su patogenia y su naturaleza. La clínica y la observación son las únicas que nos suministran algunos datos respecto a la etiología del vitiligo e hicieron afirmar a Darier que había alguna relación entre esta discromia y los trastornos, las taras o las alteraciones del sistema nervioso, así como también le hicieron admitir su frecuencia mayor en la raza de color.

Puede asegurarse que el vitiligo nunca es hereditario y que debe considerarse siempre esta leucopatía como adquirida. Eulenbourg dice que, en los muchos años que lleva dedicados a la especialidad y a la práctica de la medicina general, y habiendo tenido ocasión de observar diariamente el material de una policlínica de niños muy concurrida, no ha encontrado ni un solo caso en niños menores de tres a cuatro años y otro tanto afirman otros especialistas experimentados. A la verdad, si a los sujetos en quienes se descubre accidentalmente estas decoloraciones se les pregunta por su origen, no es raro oír que las han tenido siempre, pero, esto, solo indica que no pueden marcar la época de su aparición; fundándose en estos casos Baerensprung y después de él Th. Simon, que el vitiligo podía también ser congénito. El primero no puede menos que confesar que jamás ha observado estas decoloraciones en los recién nacidos, y para resolver la contradicción resultante, dice que la piel de los recién nacidos no contiene pigmento alguno y que las decoloraciones, por lo tanto, no pueden manifestarse sino más adelante. Pero siempre resulta que en estas circunstancias no puede tratarse de un vitiligo congénito. A esto se añade que la pigmentación de la piel en los niños empieza ya en el primer año de la vida mientras que el vitiligo se manifiesta siempre mucho después.

Siendo como he dicho las causas del vitiligo poco conocidas, y desarrollándose en circunstancias eminentemente variables, trataré de resumir las hipótesis admitidas hasta la fecha.

El vitiligo depende de alteraciones nerviosas; esta idea fué indicada la primera vez por Beigel y defendida especialmente por Leloir y aceptada por Schwimmer. Leloir fundaba su opinión,

por una parte, en una serie de observaciones contenidas en la literatura, en quienes se había encontrado el vitiligo en afecciones psíquicas, en enfermedades del cerebro y muchos casos en los cuales dicha enfermedad se ha desarrollado a consecuencia de un susto, de una emoción viva, después de un traumatismo, en fin de un trastorno nervioso intenso. Se han también relacionado casos en el período preatáxico de la tábés, en los locos, en la epilepsía, etc.

Podrían tomarse en apoyo de esta teoría las observaciones siguientes:

*Observación N.º 1 Personal.*—Señorita B. P. de 22 años de edad, bien constituida, hija de madre gotosa, padre reumático, hermanos sanos sin ninguna tara nerviosa. Residente en una finca de la villa de San Felipe, departamento de Retalhuleu. Me ha relacionado lo siguiente: En una noche pretendieron asaltar a su padre con el objeto de asesinarle, y habiéndose apercebido dicha señorita de la intentona de los bandidos fué atacada de una violenta emoción que la hizo perder el conocimiento durante algunos minutos. Algunos días después empezaron a aparecerle pequeñas manchas blancas en el dorso de las manos, lo que la hizo consultar al médico. Estas manchas que en los días siguientes aumentaron de número, creciendo en extensión, aparecieron en otras muchas partes del cuerpo. Dichas manchas han permanecido estacionarias sin progresar según me refiere la enferma, desde hace cuatro años hasta la fecha.

A mi examen pude comprobar que se trataba de un vitiligo clásico, no encontrando en mi enferma ninguna tara nerviosa, ni específica, únicamente una cepa artrítica. (No quiso someterse al tratamiento que le propuse.)

En la obra de Besnier, Brocq y Jacquet, pág. 849 pude encontrar la observación siguiente:

*Observación N.º 1.*—Un mozo de cordel, de unos treinta años, vigoroso, alcohólico en poco grado, recibe un día sobre la nuca un saco de harina muy pesado que le cayó de cierta altura. No lo echó al suelo el golpe; pero sintió un estremecimiento violento, un vivo terror, y temblándole las piernas, hubo de abandonar su trabajo.

Los días siguientes quedó emocionado e incapaz de volver a su trabajo. Al cabo de ocho a diez días notó la aparición sobre sus hombros, sobre el dorso, el cuello y el pecho, de manchas blancas de las dimensiones de una pieza de moneda a la de la palma de la mano, rodeadas de una zona de hiperpigmentación; esta se extendió confluyendo en capa. Al cabo de algunos días el cuerpo entero estaba invadido, comprendiendo los miembros y la cara.

Yo lo ví en el hospital Saint Louis una semana después de su principio. No revelaba ningún trastorno indicando una lesión orgánica del sistema nervioso.

Existen pues, respecto de la coincidencia del vitiligo con las alteraciones nerviosas cierto número de observaciones fidedignas, pero ¡cuán corto es el número de estos casos en comparación con el de aquellos en que el vitiligo no va complicado con alteraciones del sistema nervioso! Además, los casos ordinarios de vitiligo no se publican, y en general solo se descubren accidentalmente y si se publicaran todos los casos de acné o de pitiriasis versicolor que se observan en epilépticos, en la tábés, hemorragias cerebrales, etc., en poco tiempo llegaría a reunirse una casuística mucho más extensa que la anterior, y sin embargo, ningún dermatólogo deduciría de ello una conexión íntima entre la afección de la piel y la lesión nerviosa.

Igual cosa podría decir del papel probable de la sífilis en la etiología del vitiligo, pues se encuentran con frecuencia antecedentes comprobados de sífilis o estígmates y lesiones concomitantes que se pueden con gran verosimilitud insertar a una lesión sifilítica ignorada o disimulada y así se han señalado sobre todo la leucoplasia bucal, trastornos pupilares diversos, el mal perforante o la tábés más o menos completamente constituida; considerándose en estos casos el vitiligo como una toxi-infección sifilítica.

La idea de que una relación del vitiligo con la sífilis sea directa o indirecta por el intermediario de la tábés, no es nueva y no pertenece en propiedad a ningún observador, porque ha sido notada por varios. Leloir, Tenneson, Du Castel, Brocq, etc., han emitido la hipótesis con reserva. Lebrun, discípulo de Leloir, habla de las alteraciones nerviosas como las que, según las observaciones de Fournier, acompañan con tanta frecuencia a las formas primitivas de la sífilis. “Ultimamente se han suscitado a este respecto discusiones tanto en la Sociedad de Neurología de Francia, como en la de Dermatología. La cuestión está pues, en estudio y su importancia es grande bajo el punto de vista nosológico primero y también bajo el punto de vista del diagnóstico retrospectivo de la sífilis y precoz de la tábés y de las consecuencias pronósticas y terapéuticas que de ella se desprenden. J. Darier.”

Se ha querido también hacer del vitiligo, una manifestación de una auto-intoxicación por insuficiencias glandulares obrando por el intermediario del sistema nervioso y así se le ha visto coincidir con un bocio exoftálmico, en la insuficiencia de las glándulas suprarrenales.

Jaccoud hace notar la coexistencia de las manifestaciones de la gota con el vitiligo y considera a éste como una manifestación diatésica y al hablar de esta enfermedad se expresa así, en su obra *Dictionaire de Médecine et Chirurgie*: "...pero es sobre todo en los gotosos en quienes se vé sobrevenir el verdadero vitiligo, el cual siendo sintomático, se presenta particularmente en las manos y en los puños con todos los caracteres de la afección que acabamos de describir y yo he encontrado tan frecuentemente estas manchas asociadas a la gota, que, cuando las encuentro me informo inmediatamente si las personas que presentan estas manchas no sienten algún otro síntoma de gota, y lo más ordinariamente la respuesta es afirmativa. Esto es una consecuencia de la diátesis gotosa que no ha sido suficientemente señalada."

Muchos casos también se han señalado donde el vitiligo tiene lugar después de una enfermedad aguda (Fiebre recurrente, escarlatina, fiebre tifoidea.) Esta coincidencia, dice Lesser, es relativamente tan frecuente que no podríamos considerarla como un hecho puramente casual.

En algunos casos se ha podido invocar como causa local la compresión por un vendaje herniario y como lo observamos corrientemente en nuestras clases pobres al nivel de la cintura en las mujeres en el lugar donde se aprietan las enaguas. Observándose en las razas de color que se desarrolla en los tegumentos anteriormente hipereromizados por una razón cualquiera y que esta razón sea cuestión de raza o tendencia genérica o familiar que consiste en una enfermedad general melanodermizante o en una causa local que favorezca la pigmentación. ¿Es la pigmentación consecutiva a estos frotos que les sirve de punto de partida, o sea por la traumatización de los ramúsculos nerviosos por la compresión continua que llega a producir alteraciones de estos como lo piensan Hallopeau y Gaucher?

Cuando se trata de placas de neurodermitis al nivel de las cuales nace la discromía se pueden hacer preguntas análogas.

De todos modos indudablemente el vitiligo está bajo la dependencia de una autointoxicación producida por un trastorno de la nutrición cuya característica es la insuficiencia de oxidación de las materias nitrogenadas, encontrándose en estos enfermos regularmente una relación nitro-úrica débil, una disminución en la excreción de la urea y un aumento de las materias extractivas nitrogenadas y muchas véces hasta un poco de albúmina.

El vitiligo no solo acompaña a la tábés y a las lesiones imputables a la sífilis como lo he hecho notar antes, sino también a ciertas enfermedades de origen reumático, por ejemplo, al mixoedema por tiroiditis reumática. (Obs. Marfan;) al reumatismo crónico (Obs. Dr. Pacheco M.)

## ASOCIACIONES MORBIDAS

Han sido señaladas algunas dermatosis presentándose al mismo tiempo que el vitiligo, poniendo en condiciones a este como para considerarlo con parentesco mórbido con dicha enfermedad o como predisponentes.

Entre las enfermedades más comunmente observadas en asociación con el vitiligo tenemos la alopecia areata con la que la primera enfermedad tiene puntos de contacto numerosos. Algunos autores como Cazenave han considerado la alopecia una variedad del vitiligo. Las alopecias acromatosas de Bazin la piel de las placas lampiñas algunas veces después de un estado de eritema decolorado, de un blanco lechoso o de marfil no solo son confundibles con el vitiligo, sino que pueden ir asociadas a él.

Sabouraud ha dudado de si ciertos vitiligos no son alopecias larvadas basando su pregunta en algunos casos en que los cabellos de recrecimiento en la alopecia areata son blancos durante algunos meses o quedan definitivamente blancos en los individuos de alguna edad; lo mismo que en la barba la decoloración de los pelos progresa fuera de la placa que ha sido repelada.

Aparte de estos hechos de analogías sintomáticas hay muchos casos de coincidencia de alopecia areata verdadera y de vitiligo legítimo por más que se esté autorizado a considerar estas dos afecciones como dependiendo de la misma causa, así como podemos comprobarlo leyendo la etiología de la alopecia areata en la obra de las enfermedades de la piel de E. Gaucher, en que hace notar la influencia del temperamento nervioso en el desarrollo de esta alopecia, que aparece también muchas veces a consecuencia de una emoción viva de un exceso de trabajo mental, sin que el alopécico haya estado en contacto con un sujeto enfermo.

El líquen simple crónico o neurodermitis circunscrita se asocia a menudo al vitiligo. Según Welander y Brocq, las dos enfermedades pueden observarse separadamente y persistir independientes la una de la otra en regiones distintas de los tegumentos en el mismo individuo.

Voy a hacer notar que el líquen simple se ha considerado como una manifestación del artritismo, reconociéndole la misma causa diatésica que al eczema. Los sujetos artríticos con temperamento nervioso son atacados de vitiligo como de líquen, como de eczema como de alopecia areata (peladera.)

Algunos autores han notado la asociación del vitiligo con las "psoriasis;" Kaposi entre ellos, ha considerado así a la discromia que aparece a la curación de la psoriasis; otros como Darier atribuyen estas manchas vitiligoides de los psoriásicos al tratamiento por la crisarrobina, el ácido pirogálico, aceite de Cade, etc.; pues

estos medicamentos producen una acción reductora sobre la piel sana, dando el aspecto de manchas blancas en medio de una hipererómica de un rojo negruzco y de contornos difusos.

Ehrmann asegura también que estas manchas no son más que la consecuencia de un precipitado químico superficial.

La esclerodermia progresiva puede existir asociada al vitiligo verdadero; según Bouthier el vitiligo aparece antes de la induración de los tegumentos producidos por la esclerodermia pero también puede sucederla. El autor dice que se manifiesta por placas acrómicas rodeadas de una zona morena, que nacen en medio de placas anteriormente hiperpigmentadas simétricamente distribuidas sobre las cara y las manos así como sobre las regiones donde existen salientes óseas (zonas trocarterianas, espina del omóplato, etc.)

Riocreux señala también la coincidencia del vitiligo con la esclerodermia en placas o "morphea," ocupando las dos enfermedades regiones diferentes y con evolución independiente.

Scholtz cita un caso de asociación del vitiligo con la micosis fungoide indicando que las enfermedades ocupaban la misma región sin afectar relaciones fijas entre sí.

### ANATOMIA PATOLOGICA Y PATOGENIA

En las manchas blancas del vitiligo no aparece por completo el pigmento que normalmente existe en el seno de las células de la capa basal o germinativa de la epidermis. Es por el contrario muy abundante en la capa basal de la zona limitante. Se encuentra también en esta zona una pigmentación muy marcada de la dermis, donde se ven en gran número células redondas, fusiformes, o estrelladas, cargadas, de granulaciones melánicas en el cuerpo papilar al rededor de los vasos, de los folículos y de las glándulas. Fuera de esta ataxia pigmentaria no se comprueba ninguna otra alteración de la piel.

Tales son los datos sobre los cuales están de acuerdo todos los histólogos que han estudiado este asunto. Personalmente yo no podría agregar más que dos detalles: primero el hecho de que la pigmentación de la epidermis sea mucho más acentuada en los espacios interpapilares que en el vértice de las papilas de modo, que, sobre la piel, vista de plano, las papilas o elevaciones papilares aparecen dibujadas en claro; segundo, la presencia que yo he notado en el caso de un vitiligo del prepucio, de una infiltración de células al nivel del límite entre la zona acrómica y la zona hipererómica.

Algunos puntos particulares quedan a discusión. Se encuentran células pigmentadas en la dermis de las manchas acrómicas?

Yo he apercibido dos o tres, Wermann y Ehrmann insisten en su presencia. El hecho tiene importancia desde el punto de vista de la patogenia de la despigmentación, pero puede en verdad ser interpretado diversamente.

En efecto, es necesario buscar lo que se ha hecho del pigmento de las manchas acrómicas. Es cierto que no puede haber sido empujado hacia los bordes como podría hacerlo creer la grosera apariencia clínica. La hiperpigmentación del borde de las manchas es considerado, por los unos como el vestigio de una hiperchromia que ha preexistido a la aparición de la mancha blanca, por los otros como un efecto análogo pero opuesto, producido por la causa de la cual resulta la acromia. En realidad no hay más que hipótesis admisibles: El pigmento ha sido transportado de la epidermis a la dermis, donde es tomado por la circulación centripeta que es lo que sostienen Riehl y Jarisch; o bien ha cesado de llegar a la epidermis, siendo retenido más allá por un obstáculo cualquiera como lo cree Blashko; o en fin, según Aeby y Karf, puede haber sido consumido por los elementos celulares. No puede darse por terminada esta investigación actualmente, dado que el enigma de la evolución del pigmento en general espera todavía una solución.

En cuanto al proceso de despigmentación en el vitiligo, Leloir piensa haber contribuido a aclarar el mecanismo por su descubrimiento de alteraciones atróficas en los nervios cutáneos, respecto a las manchas. Este dato ha sido confirmado en un caso por Dejerine. Estos trabajos remontan, es verdad, a una época en que se ignoraba la presencia de tubos degenerados en los nervios, en el estado casi fisiológico o al menos bajo influencias muy variadas. Su valor es pues, muy dudoso.

Queda al menos establecido por la clínica: primero, que las perturbaciones nerviosas, ya sean orgánicas o dinámicas, centrales o periféricas, juegan un papel preponderante en la patogenia del vitiligo, y segundo que la abundancia anterior de pigmento, ya sea hereditaria o adquirida, difusa o regional, constituye una predisposición a su eclosión.

Para Gaucher el vitiligo verdadero podría ser insertado a una auto intoxicación obrando por el intermediario de los nervios.

### DIAGNOSTICO

Teniendo en cuenta la definición del vitiligo, su diagnóstico es de los más fáciles en la inmensa mayoría de los casos, haciendo solo marcar un punto, y es que se debe confiar muy poco en los datos suministrados por el enfermo. Tratándose de una enfermedad que trae tan pocos síntomas llamativos, ni fenómenos subjetivos especiales, los datos que nos suministran los enfermos son infieles.

Como ya he dicho nunca pueden asegurar cuándo ha tenido principio su afección, mucho más si son individuos poco observadores de su persona. Un día, en una ocasión cualquiera, tomando un baño por ejemplo, descubren su enfermedad, pero no saben de cuándo data. Esto se refiere principalmente a la diferenciación con el albinismo parcial, el cual aún sin la cooperación de los datos que nos puede suministrar el enfermo respecto al tiempo de su enfermedad es casi siempre fácil de hacer teniendo para ello los datos siguientes: primero, la forma circular de las primeras manchas; segundo, distribución de las mismas; tercero, su simetría; y cuarto, la hiperpigmentación del rededor de las manchas aisladas o en las inmediaciones de las confluentes que siempre existen aunque sean muy pequeñas. En el albinismo no se observa nada de lo dicho, pues las manchas son irregulares, no hay simetría en ellas y falta la hiperpigmentación en la transición de la piel sana a la enferma.

Con la *pitiriasis versicolor* no es posible la confusión, porque las manchas claras no son acrómicas y la epidermis coloreada es fácilmente levantada por un raspado ungueal.

Con la *esclerodermia en placas* o "morféa" que también se llama, puede haber confusión, sobre todo en el período de despigmentación de las manchas; pero esta confusión desaparece cuando al tocar la piel se nota la induración de ésta, dureza de aspecto cicatricial, que no existe en el vitiligo.

Algunas cicatrices toman un tinte semejante al del vitiligo, sobre todo las de las sífilides ulcerosas, chancros blandos, sectima, úlceras discrásicas o de una herida cualquiera que se presentan con una aréola pigmentada a su rededor. Pero en ellas la piel está arrugada y muy diferente de la piel normal.

Con la *alopecia areata* se distingue, en que su sitio predilecto es la cabeza; sin embargo de esto hay que hacer notar que el vitiligo cuando tiene lugar en esta región, presenta la hiperpigmentación periférica muy poco acentuada, así como en la alopecia areata los cabellos decolorados pueden persistir como en vitiligo; y en estos casos solo resuelve el problema la presencia de manchas de vitiligo en otras regiones del cuerpo.

Hay cierto número de discromias confundibles con el vitiligo pudiéndose citar entre ellas las sífilides pigmentarias del cuello que se pueden generalizar fácilmente, ciertas melanodermias que se observan en la tuberculosis, la clorosis, el embarazo, las enfermedades útero ovarianas y en la intoxicación por el arsénico. En todos estos casos las manchas tienen un color casi normal no siendo totalmente acrómicas, carecen del tinte lechoso característico del vitiligo.

En algunas enfermedades como la sífilis y la enfermedad bronceada de Addison se pueden encontrar manchas acrómicas formando una combinación que se designa con el nombre de leucomelanodermias.

La lepra de forma trofo neurótica produce a veces manchas pigmentadas y acrómicas que le dan a la piel un aspecto semejante al del vitiligo, pero ésta se distingue de ella en que la sensibilidad al nivel de las manchas leprosas son anestésicas o hiperestésicas, además no hay hipercrómia al rededor de las manchas despigmentadas. No está demás tomar en cuenta, que en los países de leproso o en los individuos que han vivido en lugares infectados por esta enfermedad, que presentan discromias de la piel semejantes al vitiligo hay que pensar en la posibilidad de una lepra trofo neurótica y buscar el estado de la sensibilidad.

La leucodermia endémica del Turquestán y el albinismo parcial de los negros pueden insertarse también entre las manifestaciones leprosas de apariencia vitiliginosa.

Según Munch se observa en el Sur de Rusia una enfermedad no contagiosa, pero sí algunas veces hereditaria, que se manifiesta sin prodromos por manchas blancas casi simétricas, que crecen y se multiplican persistiendo toda la vida, pudiendo extenderse en tres o cuatro años a todo el cuerpo, invadiendo en último término la cara. La piel no ofrece ningún cambio estructural y para este autor dicha enfermedad semeja un vitiligo acromatoso no teniendo ninguna relación con la lepra. Besnier hace notar que el contorno de las manchas no es hipercrómico y cree que se trata de una enfermedad especial pseudo vitiliginosa.

Hay por último discromias congénitas que pertenecen a la clase de los mevi-pigmentados. Darier cita casos en los cuales una melanodermia regional, simétrica y extensa, acompañándose de manchas blancas ha podido simular perfectamente el vitiligo. En estos casos las manchas son acrómicas en parte solamente y la melanodermia es abigarrada y el trastorno de esta pigmentación es congénita o muy precoz pudiendo cambiar de tinte con la edad aunque no de configuración. Entre los casos citados por Darier, cinco hermanos y hermanas presentaban esta misma afección.

## TRATAMIENTOS

El vitiligo ha sido considerado hasta la fecha como una enfermedad incurable. No había sido posible detener los progresos de la despigmentación, ni restituir al estado normal las regiones despigmentadas. Ha sido necesario en cada caso particular averiguar la tarea los antecedentes hereditarios y personales del en-

fermo, haciendo un análisis etiológico para poder concluir en la supuesta causa de la discromia y el tratamiento dependía de la causa que podía suponerse haber dado origen a dicha enfermedad.

Muchos son los tratamientos que se han seguido, y trataré de resumir los que hasta la fecha se han empleado y que distinguiré en tratamientos generales internos, tratamientos locales, y combinados.

Entre los tratamientos generales podemos citar los siguientes: Los autores que han creído ver como causa ocasional del vitiligo la sífilis han impuesto el tratamiento específico: El Salvarsan, los mercuriales, el yoduro de potasio etc., y lo han considerado más o menos eficaz aún en los casos de Tábes confirmado.

Apreciado por otros autores como enfermedad de origen nervioso, el tratamiento era dirigido, con agentes capaces de modificar estos trastornos; así se han empleado los bromuros, la valeriana y una serie de medicamentos nervinos, duchas frías sobre el ráquis, baños eléctricos, corrientes continuas, radioterapia, revulsivos sobre la columna vertebral (puntos de fuego, sinapismos,) etc.

Algunos como Besnier han citado casos de éxito con baños salinos y bromo yodurados; igual cosa dice el mismo autor de las inyecciones de pilocarpina, con los que cita casos de notable mejoría.

Especial atención han puesto la mayor parte de los dermatólogos en el empleo de ciertas preparaciones arsenicales, por la acción que éstos tienen sobre las pigmentaciones. Pero también han sido considerados estos medicamentos, como una arma de dos filos, por que aumentan el coeficiente tóxico en el organismo.

Igualmente, en los casos en que se ha creído originado por la insuficiencia de ciertas glándulas endocrinas la terapéutica de dicha enfermedad, se ha dirigido hacia los medicamentos opoterápicos, extracto ovárico, orquíptico, tiroidiano, hipofisario, suprarrenal etc. Con todos estos tratamientos, los autores que los han empleado no han citado casos sino muy discutidos de curación de la enfermedad.

Lo mismo podríamos decir de los tratamientos locales entre los que se citan los sig. reclamados por los enfermos cuando las zonas hipercrómicas ocupan lugares descubiertos.

Se han empleado agentes decolorantes, como el agua oxigenada, los ácidos diluidos, tintura de yodo, etc., en fórmulas en su mayor parte compuestas como las siguientes:

Rp.—Tintura de Yodo. . . . . 4 grs.  
Unguento mercurial doble. . . . . 10 „  
Mz. U. E.

Rp.—Precipitado blanco. . . . . 2.50 Grs.  
Subnitrato de bismuto. . . . . 2.50 „  
Aceite de olivas. . . . . 2 „  
Ungüento glicerinado. . . . . 4 „  
H. s. a. U. E.

Rp.—Naftol B. . . . . 5 a 10 Grs.  
Oxido de zink. . . . . 12 „  
Almidón. . . . . 12 „  
H. s. a. U. E.

Otros han usado también el nitrato de plata como medio destructor de la zona pigmentada, o el ácido acético y el cloroformo; con esto han obtenido una uniformidad del color de la piel, pero sus efectos se sostienen poco tiempo y al cabo de algunas semanas se restablece la pigmentación del mismo modo que antes lo que obliga a repetir constantemente el tratamiento.

### Observación número 1.

M. S. de 38 años de edad, originario y vecino de San Juan Ostuncalco, casado, sin hijos, agricultor; se presenta a mi clínica el 20 de Nov. de 1920 con el objeto de curarse un reumatismo crónico.

*Ant. Herd.*—El padre vive, tiene 65 años, es reumático, la madre murió y el enfermo ignora de que, asegura sí, que era asmática.

*Ant. Col.*—Sin importancia.

*Ant. Personales.*—De la edad de 15 años empezó a padecer de dolores articulares localizados en las regiones de las rodillas y los puños de las manos, fué tratado por el Dr. Antonio López eminente Médico Quezalteco, quien según informa el enfermo lo curó. 8 años después volvieron los dolores articulares, y como el enfermo dice conservaba las recetas del Dr. López se las aplicaba, con lo cual lograba tener mejorías de algunos meses; pero siempre ha tenido exacerbaciones de sus dolores en las épocas húmedas. Hace tres años que se notó en las manos pequeñas manchas blancas que le fueron aumentando de tamaño y deformándosele, propagándosele al cuello, a la cara y al tronco; más, como sus dolores reumáticos le perjudicaban en extremo, dispuso venir a consultarme sobre sus dos enfermedades.

*Examen del enfermo.*—Individuo medianamente constituido presentaba una mancha blanca sobre el lado izquierdo de la cara, despigmentándole el bigote parcialmente, dos manchas en el cuello casi simétricas abajo del lóbulo de la oreja, varias pequeñas sobre el dorso de las manos, una grande oval del tamaño de la palma de la mano al rededor del ombligo, y al rededor del cinturón, una banda irregular como de seis cmos. de ancho cortada en muchos puntos por islotes de piel sana.

Hice un examen completo de mi enfermo y llegué al Diagnóstico Sig: Reumatismo poliarticular crónico y vitiligo.

Convencido de que la segunda enfermedad era incurable me preocupé por el tratamiento del reumatismo y dispuse administrarle salicilatos y cólico asociados en inyecciones endovenosas como acostumbro en estos casos.

Cuál fué mi sorpresa, que después de las primeras doce inyecciones notando la mejoría de sus dolores y recobrando sus movimientos las articulaciones enfermas, el enfermo me hizo notar que sus manchas disminuían de tamaño, y en algunas de las grandes presentaba lagunas de piel coloreada normal. Me imaginé que el tratamiento influía en ello y persistí en la medicación sin descanso. A los tres meses de inyectarlo con algunas intermitencias muchas pequeñas manchas habían desaparecido y las grandes habían disminuido notablemente, encontrándose en ellos focos

de piel sana. La constancia en el tratamiento no solo había producido los efectos ya mencionados si no también había hecho aumentar de peso a mi enfermo. Interesado ya en su curación y viendo que las grandes dosis del medicamento, no producían alteraciones notables insistí en el tratamiento y a mediados del mes de Abril el enfermo no presentaba más que algunos pelos de la parte izquierda del bigote decolorados, el vitiligo había desaparecido totalmente.

A mediados del mes de Junio tuve ocasión de volver a ver a mi enfermo en mi consultorio con su vitiligo completamente desaparecido y ya sin sus dolores reumáticos.

Habiendo llegado por esta fecha a mi consultorio el Br. E. Marroquín G. le hice conocer el caso, induciéndole a seguir las observaciones de varios casos, que he logrado reunir interesado en el asunto y en los que me ha ayudado a su tratamiento eligiéndolo por punto de su tesis.

*Dr. Salvador Pacheco M.*

Tomando por base para este trabajo, la observación anterior y bajo la amable dirección del Dr. Pacheco M., tomé las observaciones siguientes de dos sujetos que tenía ya en tratamiento, y en los cuales en el tiempo en que las he seguido, he podido observar la disminución lenta y gradual en la extensión de las manchas hasta su completa curación como en la Obs. N.º 2 o la de su notable mejoría como en la N.º 3.

La fórmula que hemos seguido para este tratamiento es la siguiente:

Rp.—Salicilato de soda. . . . . 2 Grs.  
Salicilato de hierro. . . . . 0.05 Grs.  
Tintura de cólquico. . . . . Gts. XXX  
Agua dest. est. . . . . 10 c. c.  
H. s. a. iyec. endovenosas.

La forma en que han sido tratados estos individuos, la indicaré en sus respectivas observaciones.

### Observación número 2.

Sra. E. de L. viuda, de 27 años originaria de la Antigua residió por mucho tiempo en la costa Sur, actualmente vive en Quezaltenango, dedicada a oficios de su sexo.

*Antecedentes Hered.*—La madre padece de una afección del corazón, no dá datos respecto de su padre.

*Ant. Colaterales.*—Tiene 4 hermanos uno de los cuales es loco.

*Ant. Personales.*—Durante su estancia en la costa padeció de paludismo, después ha padecido de palpitaciones, insomnio y reumatismo, ha sido siempre dice muy sana, tiene tres hijos que también lo son.

*Historia de su enfermedad.*—Hace diez años que le comenzó a salir una mancha en la cintura, y hace nueve que le salió una en la frente, después dice le han salido muchas otras pequeñas en los antebrazos y las piernas, nunca le han molestado más que porque le afean.

*Examen de la enferma.*—Sra. bien constituida, color moreno. Presenta una mancha sobre el lado izquierdo de la frente y que ella trata siempre de cubrirse con el pelo, muy pigmentada en su periferia, de color de la creta, lisa, punteada en varios lugares por islotes de piel sana, y que según me refiere tanto el Dr. Pacheco como ella, han venido apareciendo desde que fué puesta en tratamiento, pues antes era uniformemente blanca; ocupa desde la parte media de la frente, cruza la parte externa de la ceja, la cual tiene aún uno que otro pelo blanco, mejoría que también me indica la enferma, pues al principio estaba casi cana, llega arriba hasta la raíz del pelo encaneciendo también estos, y otras, hasta el tragus de la oreja. Tiene dos más simétricas en la parte media de los antebrazos como del tamaño de un peso plata, varias pequeñas en las piernas, una oval y ya pigmentándose en la cintura llegando por una de sus extremidades a la espina iliaca anterior y superior y dos simétricas en la parte media de los grandes labios encaneciendo también a este nivel los pelos y siendo los bordes de ésta sinuosos y más pigmentados que ninguna de las otras.

Encontré muy marcadamente disminuida la sensibilidad al nivel de la mancha de la frente, estando normal en todas las otras.

Fué tratada mucho tiempo en la Capital por el ácido vanádico, sin ningún resultado.

Hace dos meses comenzó a ser tratada por el Dr. Pacheco de la manera sig. comenzó poniendo dos c. c. de la solución tanteando la suceptibilidad de la enferma y considerando que esta dosis era bien soportada, aumentó rápidamente la dosis, que mantuvo de 7 a c. c. de la sol. durante los primeros meses, en inyecciones intra-

venosas, poniendo series de ocho inyecciones con intervalos de ocho días.

Viendo que la enfermedad cedía ya muy ligero en los últimos días del tratamiento propuse al Dr. Pacheco aumentar la dosis a diez centímetros cúbicos de la solución, o sean dos gramos de salicilato por vía endovenosa diariamente.

Desde la primera inyección la enferma acusó momentos después sentirse agitada y según decía ella con incendios en la cara; a pesar de esto seguimos inyectando la misma dosis en los días siguientes, y desde este momento la curación de la enfermedad progresó rápidamente llegando a la total desaparición de las manchas a la fecha, no quedando más que algunos cuantos pelos canos al nivel de la frente y sobre la ceja izquierda.

Hice el examen de la orina cada dos días sin encontrar nunca productos anormales, siendo sí muy marcada la excreción de la urea que había ido aumentando.

La enferma se dió por curada el quince de Julio próximo pasado habiendo aumentado en los tres meses de tratamiento seis kilos de peso.

Es auténtica,

*Dr. Pacheco M.*

*E. Marroquín G.*

### Observación número 3.

Señora M. de G., de 28 años de edad, casada, originaria y vecina de esta ciudad, se presentó a la clínica del Dr. Pacheco M. a consultar por haberle aparecido manchas blancas en diferentes partes del cuerpo. Examinada por el Dr. Pacheco diagnosticó vitiligo e instituyó el tratamiento salicilado según su fórmula y en las mismas condiciones en que lo había aplicado a la enferma de la anterior observación. Examiné a la enferma tomando la observación siguiente:

*Antecedentes hereditarios.*—La madre vive y tiene vitiligo generalizado a todo el cuerpo, es gotosa. El padre murió de broncopneumonía y padeció de eczemas. Los hermanos son sanos a excepción de uno que es asmático. El esposo vive, es sano y tiene tres hijos igualmente sanos.

*Antecedentes personales.*—No ha padecido de ninguna enfermedad infecciosa. Hace cuatro años poco más o menos que se notó las primeras manchas en la cintura, lo cual, aunque le preocupó no la hizo consultar a ningún médico; a los pocos meses se notó las mismas manchas blancas sobre el pecho y sobre los dos hombros lo que la hizo ya consultar al Dr. Pacheco M. El mismo Dr. Pacheco me informa que encontró las mismas manchas sobre la margen del ano y la raíz de los miembros inferiores.

Encontré las manchas del pecho y de los hombros en vías de curación, es decir manchadas ya con islotes de piel sana en su parte media. Las manchas de la margen del ano habían desaparecido existiendo apenas muy pequeñas y borrosas las de la raíz de los miembros. Las manchas de la cintura colocadas a los lados de los flancos, simétricamente, al nivel del cinturón, midiendo aproximadamente cuatro traveses de dedo en altura y de un largo de doce a quince centímetros conservaban su tamaño original teniendo todas las características de la afección y no parecían haberse modificado en nada con el tratamiento.

Se continúa el tratamiento de esta enferma aumentando la dosis a dos gramos diarios de salicilato de soda, es decir diez centímetros cúbicos de la solución poniendo regularmente éstas cada dos días.

El doce de Julio las manchas habían disminuido notablemente desapareciendo por completo las de la raíz de los miembros, pig-

mentándose con coloración de piel normal las manchas del pecho y los hombros y reduciéndose en tamaño y muy notablemente las de la cintura. En este mismo tiempo hubimos de suspender el tratamiento por haber aparecido en la orina un poco de albúmina.

Es auténtica,  
*Dr. Pacheco M.*

*E. Marroquín G.*

## CONCLUSIONES

---

- 1.º—El vitiligo es una manifestación artrítica.
- 2.º—El vitiligo es una afección curable.
- 3.º—Los salicilatos son medicamentos que curan el vitiligo.
- 4.º—El tratamiento del vitiligo por los salicilatos debe ser prolongado e intensivo.
- 5.º—Las dosis de dos gramos de salicilato de soda y de cinco centigramos de salicilato de hierro (introducidas por vía endovenosa,) son bien toleradas durante largo tiempo por los enfermos que no padecen de afección renal.

E. MARROQUÍN G.

Vº Bº,

DR. A. ENRÍQUEZ TORO.

Imprimase,

M. J. WUNDERLICH.

## BIBLIOGRAFIA

---

- Besnier et Brocq.*—Traité de Dermatologie.—3e. Ed. 1910.
- Henry W. Stelwagon.*—Treatise on Diseases of the Skin 8th. Ed. 1917.
- Bouchard et Brissaud.*—Traité de Médecine. 2e. Ed. 1899.
- Tennessee.*—Traité de Dermatologie.
- Jaccoud.*—Dictionnaire de Médecine et Chirurgie. 1887.
- Brouardel, Gilbert et Thoinot.*—Maladies de la Peau. 3e. Ed. 1918.
- E. Chatelain.*—Précis iconographique des Maladies de la Peau. 4e. Ed. 1910.
- Lesser* — Dermatología. Ed. española traducida de la 10.<sup>a</sup> Ed. alemana.
- Brissaud, Pinard, Reclus.*—Enciclopedia de Ciencias Médicas.
- Grall et Clarac.*—Traité de Pathologie Exotique Vol. Maladies de la Peau. 1919.
- Brocq y Simon.*—Consultas de Dermatología. Sd. serie.
- Dr. Fd. Berlioz.*—Manuel pratique des Maladies de la Peau. 187.
- Levy.*—Recueil de mem. de med. de Chir. et Pharm. milit. 1865.
- H. Gougerot.*—La Dermatologie en Clientele. Paris 1917.
- Ferdinand Hebra.*—Traité des Maladies de la Peau. 1872.
- Jay Frank Schamberg.*—Diseases of the Skin and the Eruptive Fevers. 3d. Ed. 1915.
- Dr. A. Eulenburg.*—Diccionario enciclopédico de Medicina y Cirugía Prácticas. Traducido del alemán 1885.
- Debove, Achard et Castaigne.*—Maladies de la Nutrition.
- H. Soulier.*—Thérapeutique et Pharmacologie.
- A. Manquat.*—Traité Elementaire de Therapeutique, 6e. Ed. 1913.
- G.Pouchet.*—Pharmacologie et Matière Medicale.
-

## PROPOSICIONES

---

ANATOMÍA DESCRIPTIVA . . . . .	Uretra.
BOTÁNICA MÉDICA . . . . .	<i>Colchicum autumnale.</i>
FÍSICA MÉDICA	Termómetros.
ZOOLOGÍA MÉDICA . . . . .	<i>Trichocephalus Trichiurus.</i>
HISTOLOGÍA . . . . .	De la piel.
FISIOLOGÍA . . . . .	Función sudoral.
QUÍMICA MÉDICA INORGÁNICA. .	Mercurio.
QUÍMICA MÉDICA ORGÁNICA. . .	Acido salicílico.
CLÍNICA QUIRÚRGICA . . . . .	Cateterismo de la uretra.
PATOLOGÍA INTERNA . . . . .	Reumatismo articular agudo.
PATOLOGÍA GENERAL . . . . .	Epistaxis.
PATOLOGÍA EXTERNA . . . . .	Leucodermias.
MEDICINA OPERATORIA . . . . .	Resección de la rodilla.
HIGIENE . . . . .	Profilaxia de la viruela.
GINECOLOGÍA . . . . .	Fibromas del útero.
OBSTETRICIA . . . . .	Aborto.
BACTERIOLOGÍA . . . . .	Gonococo.
MEDICINA LEGAL . . . . .	El aborto.
TERAPÉUTICA . . . . .	Salicilato de soda.
CLÍNICA MÉDICA . . . . .	Examen de la piel.
TOXICOLOGÍA . . . . .	Cólquico.
FARMACIA . . . . .	Jarabes.
ANATOMÍA PATOLÓGICA . . . . .	Del vitiligo.

---