

X Por el Dr. Manuel H. Villacís \_\_\_\_\_  
Profesor de Clínica Dermatológica, Histología  
y Embriología \_\_\_\_\_

X EVOLUCION DEL LUPUS EN  
QUITO \_\_\_\_\_



ÁREA HISTÓRICA  
DEL CENTRO DE INFORMACIÓN INTEGRAL

La tuberculosis cutánea, como toda enfermedad infecciosa, presenta ciertas modalidades en su evolución según las condiciones del medio ambiente en donde se desarrolla; el cuadro clínico de la enfermedad corresponde en líneas generales a la sintomatología que de esta afección nos hacen los textos europeos; sin embargo, en nuestro medio la tuberculosis cutánea es menos grave, menos frecuente, y en muchos casos tiene una tendencia espontánea hacia la curación.

La relativa benignidad del Lupus en Quito y de una manera general en el altiplano ecuatoriano, se debe a las condiciones climatológicas en que vivimos y en especial a la acción de los rayos ultra-violetas del espectro solar: es por todos muy sabido, que la intensidad de las radiaciones actínicas está en relación directa con la altura y con el grado de pureza de la atmósfera circundante. Una población como Quito, que se halla a 2.820 metros sobre el nivel del mar, se encuentra en magníficas condiciones para beneficiarse ampliamente de las ventajas de la Helioterapia natural, todavía más, la situación en las proximidades de la Línea Ecuatorial, nos permiten gozar de rayos solares más directos, más abundantes y durante un tiempo mucho mayor, que en cualquiera otra población más lejana a esta zona.

Desgraciadamente estas condiciones favorables del clima no están secundadas por los otros factores que entran en acción en la lucha del organismo contra un agente infeccioso determinado: las condiciones higiénicas de los domicilios son malas y en la mayor parte de nuestros pobladores hay un déficit alimenticio en cantidad y calidad, que les pone en estado de menor resistencia para una enfermedad, como la tuberculosis, que necesita de un terreno propicio.

Actualmente ya no podemos hablar con el mismo optimismo de antes, sobre la gran eficacia de nuestro clima como profiláctico y curativo de la tuberculosis pulmonar, pues, las nuevas investigaciones de nuestros colegas en el anfiteatro, en las salas de Clínica y Cirugía y el examen de obreros y niños valiéndose de técnicas modernas, nos permiten afirmar que la tuberculosis está ampliamente diseminada en nuestra población, constituyéndose en uno de los factores más poderosos de mortalidad y de inferioridad física; es necesario borrar esta ilusión, por más que sea doloroso, pues, ante la realidad de los hechos y ante el peligro de una falsa inmunidad, es mejor aceptar la verdad para que así se tomen las medidas adecuadas.

No sucede lo mismo en lo que se refiere a las diferentes formas de tuberculosis cutánea, durante algunos años de práctica hospitalaria, apenas he podido observar una decena de casos, de éstos algunos se habrían curado espontáneamente dejando sus típicas e imborrables huellas; ocho casos necesitaron un tratamiento adecuado y la curación no se dejó esperar mucho tiempo. Podemos decir que en nuestro clima la tuberculosis tiene dificultad de exteriorizarse y de ponerse en contacto con los rayos solares, prefiere seguir desarrollándose en las profundidades de nuestro organismo, lejos de la acción bactericida y cicatrizante de la luz solar; tal vez ésta sea la razón por la que la tuberculosis ulcerosa o úlcera tuberculosa de la piel es rara, a pesar de la abundante y continua expulsión de bacilos de Koch por los emuctorios naturales.

La forma más frecuente es la tuberculosis luposa, que en definitiva podemos considerar como una variedad clínica en la cual hay una defensa enérgica de nuestro organismo, proceso que se manifiesta a la observación por la presencia de los lupomas y por su evolución benigna. Aunque varios autores admiten la naturaleza bacilar del eritema nudoso, en opinión de maestros autorizados parece más bien tratarse de manifestaciones reumatoides; el eritema nudoso es bastante frecuente en Quito, se presenta por brotes que coinciden con las épocas lluviosas y frías del año, cede fácilmente al tratamiento combinado del reposo, los derivados salicilados y el cloruro de calcio.

La tuberculosis colicuativa proveniente de focos internos (óseas, articulares y ganglionares) se presenta con re-

lativa frecuencia, la evolución es tórpida, lenta y el tratamiento encuentra bastante dificultad, hasta conseguir la curación. Puede encontrarse asociada a las otras formas, particularmente al lupus, como en el caso clínico que se publica, en el que encontramos un lupus plano bastante extenso del pecho y una tuberculosis colicuativa de la pierna por osteites tuberculosa del peroné; el lupus cedió fácilmente al tratamiento, no así la lesión de la pierna que necesitó de dos intervenciones quirúrgicas sobre el hueso enfermo.

Las lesiones superficiales se benefician del tratamiento interno y especialmente del externo, la helioterapia actúa directamente sobre la lesión, en cambio los focos profundos (óseos) necesitan de radiaciones más profundas, que no puede suministrarnos la Helioterapia, es entonces cuando sacamos amplios resultados con la actiroterapia artificial.

Sabemos que el lupus tiene predilección por la cara y de una manera especial por la nariz, se admite con visos de verdad que la puerta de entrada del bacilo tuberculoso está en las fosas nasales; siendo la cara el lugar preferido del lupus, éste encuentra en nuestra localidad un enemigo poderoso, el sol, que actúa directamente y con intensidad en esta zona, que por ser descubierta está en condiciones de recibir diariamente una prolongada radiación solar; ésta es seguramente la razón por la que el lupus no es tan frecuente y cure con relativa facilidad. En nuestra práctica combinamos la helioterapia con la crisoterapia, el "solganal B. oleoso" se ha manifestado como el mejor preparado en el tratamiento del lupus, nunca hemos tenido accidentes desagradables y ha sido perfectamente tolerado por el enfermo; para modificar el estado general y mantener la curación se ha utilizado el "gadusan" y el "morruato de sodio".

De las tres observaciones publicadas, las dos primeras corresponden a lupus y la otra a un caso de leishmaniosis americana, enfermedad que puede ser confundida con el lupus, particularmente cuando, como en el presente caso, la afección tomando origen en la nariz y en el labio, invade la boca, destruye el tabique nasal y llega a interesar el paladar y las cuerdas vocales; el diagnóstico diferencial pudo establecerse por la historia anterior del enfermo, la falta de lupomas, la existencia de úlceras leishmaniósicas típicas en

la muñeca y pierna, por la procedencia del enfermo y el resultado positivo de las reacciones serológicas; además el tratamiento de prueba con la Fuadina dió un resultado favorable desde el primer momento.

Los dos casos de lupus tienen alguna importancia; el primero, un enfermo crónico, recluso por muchos años en una sala de hospital, con el diagnóstico de sífilis terciaria, pasa por diferentes y prolongados tratamientos específicos, sin ningún resultado; rectificado el diagnóstico se le sujeta a un tratamiento que consiste en cauterizaciones con ácido láctico diluido, higiene local e inyecciones de solganal, la curación (?) se consiguió en corto tiempo; los lupomas se reabsorben, el estado general mejora y quedan como secuelas las cicatrices deformantes que se hubieran podido evitar con un tratamiento oportuno. El segundo caso tiene una historia clínica algo parecida a la anterior, se principia por ensayar tratamientos sin una base segura sobre la naturaleza de la enfermedad, se pierde lamentablemente el tiempo, hasta que establecido un diagnóstico preciso, se instituye el tratamiento combinado de solganal y gadusan, el lupus plano del pecho reacciona pronto y favorablemente, en cambio la lesión ósea del peroné se estaciona hasta que una amplia trepanación del peroné nos permite limpiar el canal medular y extraer algunos secuestros; después de unos meses se consigue se cicatrice la mayor parte de la herida, que el hueso se calcifique (comprobado por radiografía); pero persisten dos fístulas, una en el extremo inferior y la otra en la parte media de la pierna que sólo compromete los tejidos blandos. El tratamiento por la tuberculina, practicado por el estudiante Sr. Leopoldo Arcos, mejora notablemente las heridas, modifica el estado general del enfermo y consolida la curación del lupus plano del tórax; una trepanación pequeña y localizada al extremo inferior del peroné nos permite extraer un secuestro enclavado en el canal medular, desde entonces la mejoría se acentúa.

El tercer caso tiene interés práctico: 1º por tratarse de una forma clínica de leishmaniosis americana; 2º por su semejanza o parecido con el lupus de la nariz y boca; y 3º por su diagnóstico diferencial algo delicado cuando no se dispone de medios de laboratorio adecuados. Si bien es cierto que no tenemos completa seguridad sobre la presen-

cia del parásito en el exudado y en los cortes histológicos, en cambio las reacciones positivas de la formolgelificación del suero y la de Brackmari practicadas por el estudiante Jesús Rivera, nos permiten afirmar el diagnóstico de Leishmaniosis, lo que se confirma con el perfecto éxito del tratamiento con la Fuadina y el tártaro emético.

## HISTORIA CLINICA Nº 1

(Véanse figs. 1 y 2)

Enfermo E. S., de 33 años de edad, soltero, nacido y residente en Quito; profesión: empleado.

**Antecedentes hereditarios:** el padre falleció con tifoidea, la madre vive y es sana; hermanos cuatro, el uno epiléptico y los tres sanos.

**Antecedentes personales:** tifoidea, paludismo y neumonía.

**Enfermedad actual:** hace 12 años, después de un catarro prolongado, notó la presencia de una granulación en el ala de la nariz del un lado y después de poco tiempo en la del otro, como notara que las lesiones persistían y en la idea de que se trataba de espinillas (acné), trató de punccionar con una aguja, sin que se evacúe pus, sino unas pocas gotas de sangre; desde entonces las lesiones fueron extendiéndose, hasta constituir úlceras que afectan la entrada de las fosas nasales, el labio superior en su totalidad y aun parte del borde libre del maxilar superior. Se somete a diferentes tratamientos: al principio cauterizaciones ígneas y medicación antisifilítica a base de ioduros, mercurio, bismuto y arsénico, sin que la enfermedad lleve la menor tendencia a curarse; solicita el pase al servicio de Dermatología y allí es tratado bajo el diagnóstico de lupus vulgar.

**Estado actual:** estado general satisfactorio, facies deformada por las lesiones basilares, éstas se manifiestan por ulceraciones de bordes gruesos, fibrosos, retraídos; las pérdidas de substancia asientan a la entrada de las fosas nasales, el labio superior está casi en su totalidad reabsorbido, el borde alveolar del maxilar superior destruido, las piezas dentarias correspondientes se han desprendido; la superficie de las ulceraciones están cubiertas por costras amarillentas, que levantadas con una pinza dejan una superfi-

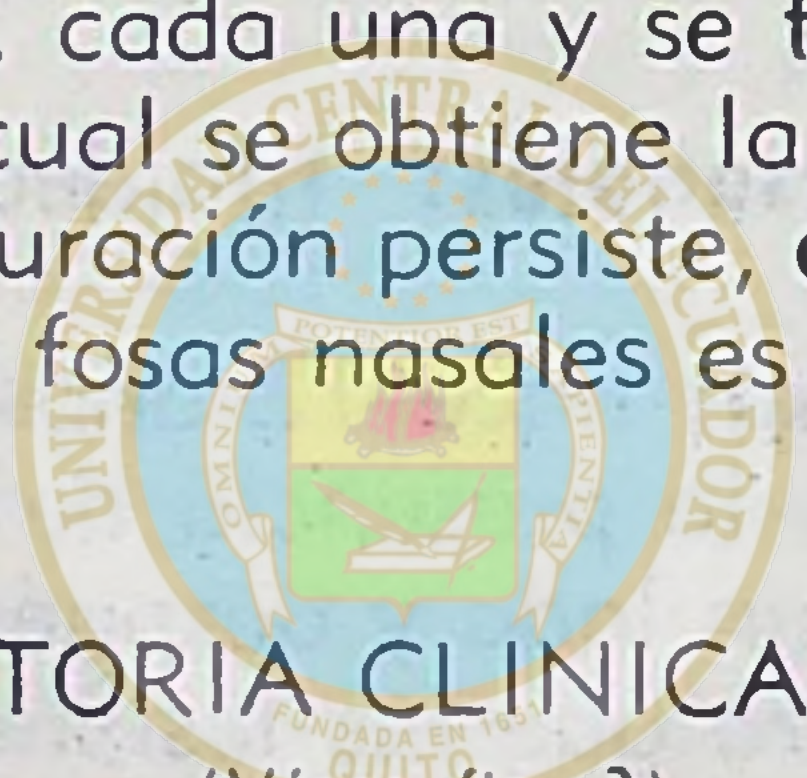
cie roja, granulosa, sangrante y dolorosa; próximo a los bordes ulcerados se localizan granulaciones rojas, de consistencia blanda y frágil, a la vitropresión cambian de color y adquieren una tonalidad rosado-amarillenta; la piel circundante es roja, edematosa con una neovascularización venosa muy acentuada.

**Exámenes practicados:** Reacción de Wassermann - Khan: negativos.

**Radioscopia pulmonar:** no hay lesiones basilares.

**Diagnóstico:** Lupus vulgar.

**Tratamiento:** cauterización de los bordes con una solución concentrada de ácido láctico. Al interior inyecciones de Solganal B oleoso, después de la primera serie: la mejoría es rápida, las úlceras se cicatrizan y los lupomas se reabsorben. Se intercala un tratamiento de 12 inyecciones de gadusan, de 10 c. c. cada una y se termina con otra serie de Solganal, con lo cual se obtiene la cicatrización completa. A los 2 años, la curación persiste, en cambio la estenosis de la entrada de las fosas nasales es completa.



## HISTORIA CLINICA Nº 2

(Véase fig. 3)

ÁREA HISTÓRICA

DEL CENTRO DE INFORMACIÓN INTEGRAL

P. V. de 30 años, soltero, agricultor y raza indígena.

**Antecedentes hereditarios:** el padre murió con cólico (?) y la madre con neumonía. Ha tenido ocho hermanos, de los cuales viven cuatro y son sanos, los restantes han muerto en la primera infancia.

**Antecedentes personales:** sarampión y tosferina en la infancia, posteriormente gripes y cólitis repetidas.

**Enfermedad actual:** hace más o menos dos años que se presentó una mancha de color rojo en el pecho, un poco por debajo de la clavícula izquierda, esta mancha siguió aumentando de tamaño, se ulcera, se torna exudante, y mientras los bordes ulcerados progresan excéntricamente, el centro tiene tendencia a la cicatrización espontánea. En este estado y como notara la aparición de iguales placas en el otro lado del pecho y en las extremidades, es hospitalizado en la sala San Juan de Dios, en donde ha permanecido cuatro meses, sin que las lesiones mejoren, por el con-

HISTORIA CLÍNICA N.º 1



FIG. 1.—Lupus ulceroso y vegetante.  
(Antes del tratamiento).



FIG. 2.—Después del tratamiento.



HISTORIA CLÍNICA N.º 2



FIG. 3.—Lupus plano y tuberculosis del Peroné. Lesión del tórax, curada. Peroné: trepanado.



FIG. 4.—Leishmaniosis de  
la piel y de la buco-  
faringea.  
(Antes del tratamiento).



ÁREA HISTÓRICA  
DEL CENTRO DE INFORMACIÓN INTEGRAL



FIG. 5.—Después del tratamiento.

trario se presentan algunas fístulas en la pierna del mismo lado.

**Estado actual:** en la región subclavicular izquierda se encuentra una placa cicatricial, de forma triangular, de grandes dimensiones, de contornos irregulares y serpeginosos, el color es blanco nacarado, los bordes son algo prominentes, cubiertos en parte por costras gruesas, amarillentas y poco adheridas, estas costras cubren a múltiples ulceraciones de color rojo, de bordes cortados a pico; en otros sitios, en lugar de pérdidas de substancia se presentan verdaderos nódulos de consistencia disminuida, de color rojo y que sangran con facilidad.

Simétricamente en el lado opuesto encontramos una cicatriz de pequeñas dimensiones, en forma de coma, los bordes son planos, no hay pérdidas de substancia ni tampoco granulaciones.

La pierna izquierda, en su cara externa presenta múltiples trayectos fistulosos, con pérdida notable de la piel, al explorar con un estilete se nota que van hacia la profundidad, hasta encontrarnos con el tejido óseo, el que está destruido en parte. En los demás aparatos no hay mayores alteraciones; el estado general es deficiente y la temperatura es irregular con pequeños brotes febriles de duración variable.

**Exámenes complementarios:** investigación del bacilo de Koch en el exudado: resultado negativo.

Cuti-reacción con la tuberculina: francamente positiva, tanto desde el punto de vista general, como **focal**.

Cuti-reacción con tricofitina: negativo.

**Radioscopia pulmonar:** Radiografía de la pierna: focos múltiples de osteites tuberculosa escalonados a lo largo del peroné.

**Diagnóstico:** lupus plano del tórax y tuberculosis colicuativa de la pierna izquierda.

**Tratamiento:** Se inicia inyecciones intramusculares de gadusan y luego con solganal, en corto tiempo se logra la total cicatrización del lupus plano. Una vez curado el lupus y mejorado el estadoo general se procede a la intervención quirúrgica sobre la pierna, se abre en canal el peroné y se extraen abundante secuestros, curaciones diarias, aplicación local de gadusan, se consigue notable mejoría pero persisten dos fístulas en la extremidad interior del peroné,

con raqui-anestesia se trepana el hueso a ese nivel y se extrae otro secuestro. Se sigue el mismo tratamiento, la cicatrización es lenta, se consigue un rápido éxito con las aplicaciones locales de rayos ultra-violetas y la tuberculino-terapia, medicación esta última dirigida y controlada por el estudiante Sr. Leopoldo Arcos.

## HISTORIA CLINICA Nº 3

(Véanse figs. 4 y 5)

(Por el interno del Servicio Sr. Eduardo Quintana)

I. Z., casado, de 35 años de edad, raza mestiza, agricultor, residente en Macas (región amazónica ecuatoriana).

**Antecedentes hereditarios:** Sin importancia.

**Antecedentes personales:** sarampión, gripes, tifoidea, hace 6 años ingresó al hospital San Juan de Dios con leishmaniosis.

**Enfermedad actual:** Hace 3 años le apareció una "charra" pequeña, en la parte media del labio superior, la cual fue creciendo poco a poco hasta interesar gran parte del labio, atribuye la aparición al hecho de haberse mordido el labio, al mismo tiempo aparecieron fenómenos inflamatorios al contorno, con rubicundez, tumefacción, calor y dolor local. La lesión avanzó de preferencia por el lado derecho produciendo la destrucción del labio. Hace 1 año solamente le apareció en la parte postero-externa de la muñeca derecha, una "charra" pequeña, sin que atribuya la aparición a una causa manifiesta, la lesión fue extendiéndose hasta llegar al tamaño de un sucre; por el mismo tiempo se presentó una idéntica lesión, aunque de mayores dimensiones, en el talón izquierdo de la región correspondiente al tendón de Aquiles.

**Estado actual:** Estado general, regular. Temperatura (al momento del examen  $37^{\circ}$ ). Pulso, 80 por minuto. Desnutrición general. Facies pálida, deformada por la lesión cutánea, la piel circundante es rubicunda y edematosa. Conjuntivas: normales, nariz deformada, aumentada de tamaño, la piel tiene el aspecto de corteza de naranja, hay además deformación de las ventanas de las fosas nasales; comunicación entre las dos fosas por reabsorción casi total

del tabique, se conserva solamente el sub-tabique. Boca: el borde libre del labio superior ha desaparecido por fusión de los tejidos, en su lugar se presenta una ulceración roja, exudante y dolorosa. Lengua: roja, jugosa. Piezas dentarias: mal estado de conservación. Faringe: hiperhémica, Paladar cartilaginoso, hipertrofiado, da la apariencia de un paladar superpuesto de bordes prominentes y de curvatura exageradas. Cuello: hipertrofia de un ganglio, duro en el lado derecho. Tórax: tipo asténico; respiración, tipo costal inferior. A la percusión y auscultación: nada anormal. Corazón: ligera acentuación del segundo ruido.

**Abdomen:** Hígado hipertrófico. Bazo: no se palpa.

**Extremidades:** Ganglios inguinales izquierdos, hipertrofiados, duros, no dolorosos. En la región aquileana una ulceración de bordes irregulares, de poca profundidad y de unos seis centímetros de diámetro aproximadamente. En la parte supero-interna de la pierna derecha, una cicatriz blanca, grande, como de quemadura, lo mismo en la parte inferior y posterior del muslo izquierdo, estas cicatrices corresponden a las lesiones curadas en el Hospital hace seis años.

Existe reflejo plantar.—No hay Babinski.—Sensibilidad en todas sus formas: conservada.

Voz: gangosa y notablemente afónica.

### **Exámenes complementarios:**

Investigación de Leishmania en el exudado: resultado dudoso (estudiante Vargas). negativo. (Sr. de la Torre).

Biopsio: en el corte histológico no se encuentran los parásitos.

Examen coprológico: huevos de áscaris, tricocéfalo y amebas histolíticas.

**Fórmula de Vélez:** II 53 III 47.

Cuti-reacción: con la tricofitina, negativa.

**Elementos** anormales en la orina: Glucosa, presencia; urobilina, indoxil y escatol: abundante.

Reacción de Wassermann - Kahn: negativas.

Radioscopia pulmonar: pulmones normales, adenopatía hiliar.

Formolgelificación y reacción de Brackmarie: ambas positivas.

**Diagnóstico:** Leishmaniosis de tipo americano.

**Tratamiento:** Una caja de Fuadina y luego inyecciones intravenosas de tártaro emético hasta completar dos gramos. Se consigue la rápida cicatrización del labio, tardan algo más las lesiones del antebrazo y de la pierna; pero, al fin se cicatrizan. Como consecuencia de la cicatrización: queda el orificio bucal reducido, el ángulo derecho de la boca no existe.



ÁREA HISTÓRICA  
DEL CENTRO DE INFORMACIÓN INTEGRAL