

EL PIAN, ENFERMEDAD TROPICAL DE GUATEMALA

Por los Dres. ENRIQUE PADILLA BOLAÑOS y MANUEL LÓPEZ SELVA

Guatemala, Guatemala

Los trabajos cuyos resultados condensamos en las siguientes líneas, están muy lejos de ser completos. Nos hemos limitado a resumir lo que hemos logrado investigar hasta la fecha, sin perjuicio, desde luego, de ampliar esas investigaciones a medida que las circunstancias lo permitan. Los medios con que contamos para investigar son muy precarios. Nuestra documentación, nuestra bibliografía, son puramente escolares. Con esos pobres elementos y nuestra voluntad de ser útiles hemos contado, solamente.

Historia.—A fines de diciembre de 1931 tuvimos oportunidad de observar los primeros casos de esta enfermedad tropical (frambesia) en el país. Uno de ellos presentaba una buba en el glande, accidente considerado clasicamente como excepcional. Otro portaba lesiones en la región superciliar y el tercero las mostraba en la nuca. Los tres eran jornaleros de la finca Chicolá, jurisdicción del departamento de Suchitupéquez. Posteriormente pudimos observar muchos casos más, tanto en la finca Madre Mía, anexo de Chicolá, como en San Pedro Jocopilas, en Santo Tomás, La Unión y en Samayac, municipios vecinos.

El examen del exudado procedente de las lesiones locales o bubas, hecho con arreglo a la técnica bien conocida que se emplea para investigar el treponema de la sífilis en el chancro, permitió siempre encontrar el *Treponema pertenue*, empleando las coloraciones siguientes: tinta China (método de Burri), Giemsa y Fontana-Tribondeau.

Enfermedad general y manifestaciones locales.—Es clásico examinar separadamente la lesión local, la buba, propiamente dicha, de la enfermedad general, el pian. Sin embargo, aquí expondremos la marcha clínica de la enfermedad tal como la hemos observado, juntando en una sola descripción de conjunto ambas manifestaciones.

Marcha clínica.—Después de un período de incubación, cuya duración aun no hemos podido precisar en nuestro país, pero que posteriores estudios han de determinar, el sujeto presenta fenómenos generales de infección: fiebre, que alcanza a veces 39.5 hasta 40 C.; cefalalgia intensa; dolores articulares (puño, codo, tobillo), y trastornos gastro-intestinales (estado saburral, náuseas). Luego aparecen, en los tegumentos, máculas, de extensión y número variables con la intensidad de la infección. Estas máculas son acrómicas, pruriginosas, y se cubren pronto de pequeñas escamas blanquecinas. Al cabo de algunos días (8 a 15), en lugar de las máculas se instalan pápulas que, aumentando de volumen de día en día, alcanzan el tamaño de un garbanzo (y más), constituyendo entonces las bubas

(botón piánico). Al cabo de cierto tiempo, que no es igual para todas las bubas de un mismo individuo, el botón se rompe, como un botón de rosácea, dando origen a una pústula, de donde fluye un licor que, al secarse, se concreta en una costra amarillenta. Si estas costras se quitan, por ejemplo, en el momento de tomar frotos de la serosidad de la buba, se observa, debajo de ellas, una superficie



FIGURA 1.—Pequeña revelando lesiones frambésicas alrededor de la boca.

granulosa que, las más de las veces, está excavada en el centro, presentando una superficie crateriforme.

A veces, coincidiendo con un grado máximo de infección, en vez de botones típicos o bubas, se observan verdaderas ulceraciones, ya por mayor extensión de una buba única, ya por confluencia de dos o más bubas. Estas ulceraciones, irregulares por su misma naturaleza, se localizan alrededor de la boca (fig. 1) y también alrededor de las ventanas de la nariz. Nunca hemos tenido oportunidad de encontrarlas alrededor de la vulva o del ano, localizaciones que también han sido señaladas (Le Dantec).

No tratadas, las lesiones vegetan durante un tiempo variable (algunos meses a dos años), terminando por marchitarse espontáneamente. En este caso, al caer las costras, se ve una cicatriz acrómica o ligeramente rosada, que en seguida puede volverse hiperacrómica (importante para el diagnóstico retrospectivo), que termina por desaparecer en el fondo moreno obscuro de la piel de nuestros aborígenes.

No es muy raro, en enfermos no tratados, ver un segundo brote, muy atenuado, y no precedido, corrientemente, de fenómenos generales.

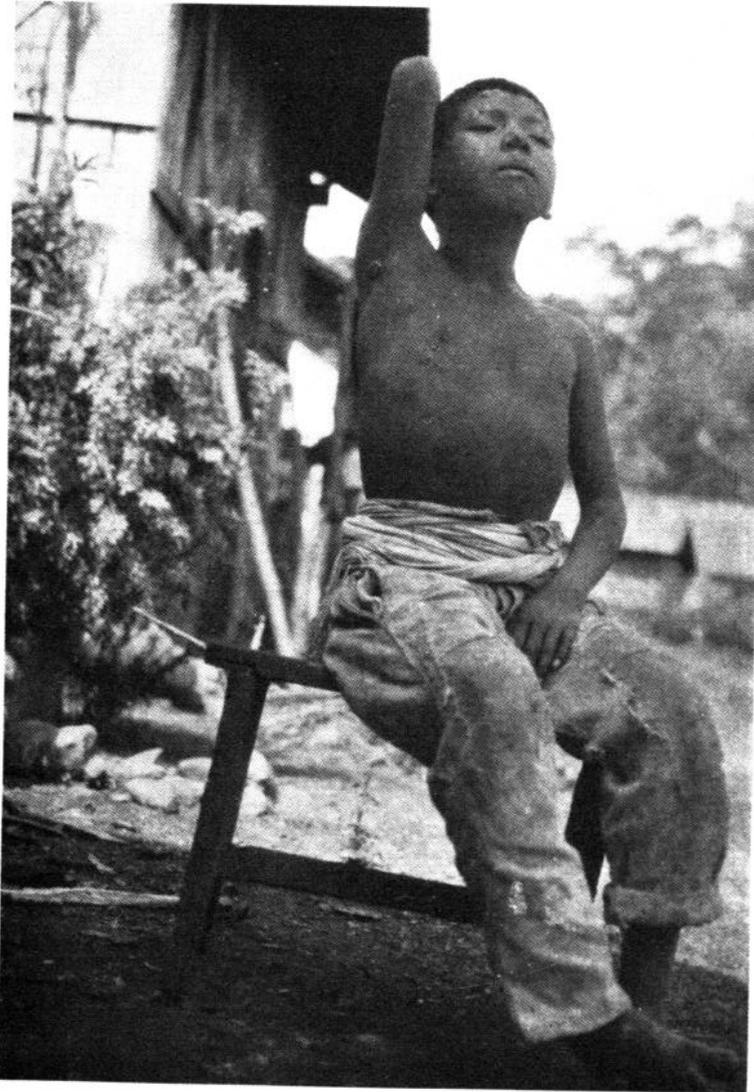


FIGURA 2.—Muchacho con la típica lesión subaxilar y otras en la frente.

Al final del período de estado es frecuente ver que, como en la varicela, mientras ciertos botones aún presentan su aspecto florido, otros están marchitos y algunos hay enteramente cicatrizados.

Formas clínicas.—La anterior es la descripción clínica de los casos más frecuentes. Otras formas que hemos observado son:

Accidente primario.—En un caso, el mal se inició con un accidente primario, genital (sobre el glande). Pero esta manifestación primaria no era un chancro sifilítico, sino un botón piánico, en un todo seme-

jante a las bubas ya descritas. Esto es, un botón muriforme, cubierto de escamas amarillentas, las cuales, al quitarse, dejaban al descubierto el tumor en zarzamora o frambuesa, que ha valido al pián la designación de frambesia con que lo conocen los autores alemanes. Y lo que es más demostrativo, lo que pudieran llamarse accidentes o manifestaciones secundarias, se tradujeron en la aparición de botones piánicos, idénticos al botón primario.

Formas ulcerosa y mucosa.—Ya hemos dicho anteriormente que observamos varios casos en los cuales, en vez de botones aislados,

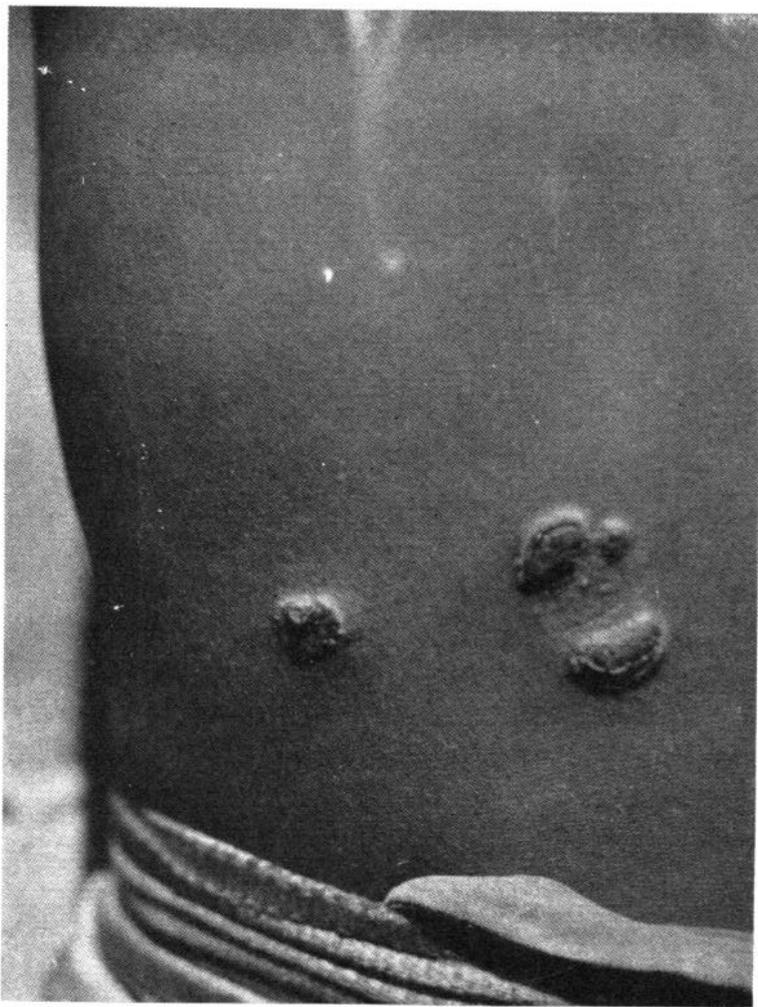


FIGURA 3.—Características lesiones en el torso.

los había confluentes, al grado de constituir, a la eclosión, verdaderas ulceraciones. En uno la confluencia de varios botones constituía una corona.

Observamos también un caso de invasión a la mucosa bucal.

Complicaciones.—En los casos que, hemos observado, aún en aquellos que no han recibido tratamiento, no hemos visto complicaciones. Entre los habitantes de la zona afectada, no hay memoria de que éstas hayan sido notadas. No hemos encontrado casos de gondou, ni nudosidades para-articulares, así como tampoco fagedonismo tropical.

El Treponema pertenuae.—El agente causal de la enfermedad, *Treponema pertenuae* (Castellani, 1905), ha sido encontrado por nosotros en la totalidad de los casos. Pensamos que el *pertenuae* se diferencia del *pallidum* en la menor regularidad de sus espiras, el mayor grosor de su protoplasma, que lo hace más fácilmente colorable y por sus extremidades obtusas. Sin duda, el *T. pallidum* tiene un cuerpo más grácil, más elegante, de extremidades más afiladas y espiras más regulares. Nunca hemos visto, en el microbio de la sífilis, la terminación en garfio. Además de la diferencia morfológica existe la diferencia patogénica, que separa, dentro de sus similitudes, la sífilis, del pián.

Diagnóstico.—El diagnóstico de la afección se basa, principalmente, en el examen del botón típico, la buba y del exudado del mismo, en donde siempre se encuentra si es una buba florida, el *Tr. pertenuae* en gran abundancia.

No se debe confundir el pián con:

Botón de Oriente.—Esta enfermedad no parece existir en el país. Al menos, no ha sido señalada. Entodo caso, no olvidar que el "Salek" es una enfermedad puramente local; que la placa del principio esroja, como una picadura de mosquito o una placa de urticaria; es generalmente única o hay muy pocos elementos (10 a 12 botones); se abre por una vésico-pústula, terminando siempre por una ulceración; y su aspecto interior, de fondo grisáceo y granuloso (granuloma ulceroso), de bordes irregulares, tallados a pico, dista mucho de parecerse al aspecto muriforme del botón piánico. El examen de la serosidad, en las bubas, permite encontrar abundantes treponemas, mientras que en el Botón de Oriente, el raspado del botón mismo (no la serosidad) muestra la leishmania tropical en el interior de los glóbulos blancos.

Leishmaniasis forestal.—Esta enfermedad, estudiada en el país, la primera vez, por nosotros, en 1927, se presenta, en su forma cutánea, como una pápula que, casi sin transición, se transforma en úlcera muy extensa, muy irregular, de bordes tallados a pico, cubiertas de costras debajo de las cuales se encuentra pus. Parece tener, entre nosotros, particular predilección por el pabellón de la oreja, cuyos cartílagos llega a corroer, dejando una huella indeleble de su paso. El hecho de haber sido ya encontrada en diversas regiones del país (en el Petén, Livingston y puerto de San José por nosotros; en Guatemala por el Dr. Estévez y en la Alta Verapaz por el Dr. Giaquinto Mira) exige tenerla muy en cuenta para el diagnóstico diferencial con el pián; pero los caracteres clínicos apuntados, tan diferentes de los ya descritos del pián, y el examen microscópico (leishmaniasis libres o incluidas en glóbulos blancos cuando se examina al microscopio pulpa o raspado de la úlcera leishmaniásica) permiten notar la diferencia.

Sífilis.—Con esta enfermedad, el diagnóstico es más importante de establecer. Los agentes causales de ambas enfermedades son tan semejantes que su diferenciación es difícil sin una práctica constante de la microscopía. Además la Wassermann es casi constantemente positiva en el pián y el tratamiento es común a las dos afecciones. Para establecer la diferencia no hay que olvidar el aspecto típico del tumor piánico, en frambuesa o zaramora; el intenso prurito que acompaña a la buba; la identidad de los tumorcitos, siempre iguales entre sí, cualquiera que sea el orden cronológico de su aparición, la ausencia de manifestaciones óseas, nerviosas y oculares; ausencia de gomas y de alopecia; su no transmisibilidad por la herencia, y, finalmente, la facilidad con que ceden todas las manifestaciones al tratamiento arsenical, no dando lugar a ulteriores sorpresas.

Pronóstico.—El pronóstico nos ha parecido siempre benigno. Es bueno aún en los casos no tratados. No hemos tenido noticia de una sola muerte debida a esta afección.

Transmisión.—El pián se transmite por contagio directo, de individuo a individuo; y en el mismo sujeto, de un botón piánico a un espacio de piel sana, con tal de que el virus encuentre una solución de continuidad que inficionar. Hay igualmente contagio indirecto, en el cual la mosca desempeña papel preponderante, conduciendo el virus

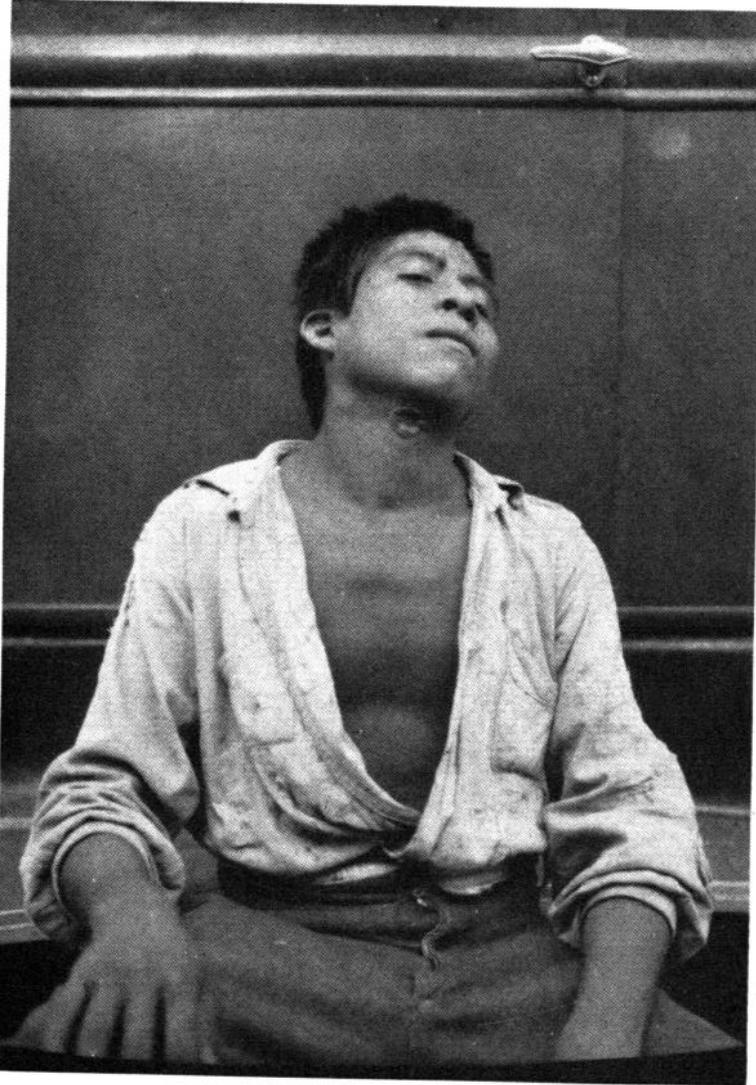


FIGURA 4.—Lesión submentoniana.

de los botones piánicos, siempre descubiertos, faltos de apósitos, a la piel de otros, generalmente jornaleros, los cuales, dadas las costumbres y la índole del trabajo a que se dedican, siempre presentan erosiones o pequeñas heridas, propicias a la inoculación. En estos casos, el pián se conduce como la viruela, en la inoculación de brazo a brazo: hay reproducción de bubas filiales, idénticas en todo a la buba matriz.

Inmunización.—Nunca hemos podido constatar reinfecciones, una vez curado definitivamente el primer ataque. Sin embargo, en

futuros trabajos hemos de aclarar este y otros puntos, en lo que se refiere a nuestro país.

Profilaxia.—La profilaxia se resume, naturalmente, en el tratamiento de los casos a medida que se descubran, en el mejoramiento de las condiciones higiénicas de los habitantes de la zona afectada y en la lucha contra los insectos transmisores.

Tratamiento.—En los adultos hemos usado las inyecciones endovenosas de neosalvarsán, con los más halagüeños resultados.¹ Aplicamos de preferencia inyecciones progresivamente crecientes, como en la sífilis; pero el resultado es igual tratando la enfermedad con algunos inyecciones de dosis uniformes de 30 ó 45 cgms de sal. Basta, en lo general, una serie de cuatro a seis dosis para hacer desaparecer las bubas; pero es prudente aplicar una segunda serie al cabo de algún tiempo.

En los niños usamos el Spirocid (Paroxil), por las ventajas de la administración oral, dando un centigramo por día y por año de edad, con los naturales intervalos y prudentes restricciones.

Se pueden usar igualmente los yoduros y las sales de mercurio.

CONCLUSIONES

1. El pián existe en el país. Probablemente no está limitado a la zona en que nos tocó estudiarlo, sino extendido a muchas otras regiones del país, principalmente a los distritos rurales.

2. Creemos que es una enfermedad distinta de la sífilis, aunque muy vecina por su agente causal y sus reacciones humorales.

3. Es fácil de diagnosticar y de curar,¹ lo cual permite su erradicación en breve lapso.

4. Sería de desear que, tanto los médicos libres, como las instituciones sanitarias del país cooperaran en la investigación de ésta y muchas otras enfermedades tropicales que existen en el territorio, concurriendo así, tanto a su saneamiento, como al mejor conocimiento de nuestra patología nacional.

5. Aún en el caso de existir un solo foco piánico, su erradicación es necesaria, ya que su propagación puede volverse peligrosa. No hay que olvidar que en Colombia, de 1925 a 1931, a causa de una violenta difusión del mal, la dirección nacional de sanidad hubo de poner en campaña a 26 médicos, que trataron 19,185 enfermos. (BOLETÍN de la Oficina Sanitaria Panamericana, marzo de 1932).

Enfermeras sanitarias.—Alma C. Haupt declaró recientemente (apud *Health News*, dbre. 11, 1933) que la enfermería sanitaria constituye en los Estados Unidos una profesión de 28 millones de dólares anuales, pero es todavía insuficiente para las necesidades, pues la proporción de enfermeras en los Estados Unidos es una por 9,000 habitantes, en vez de una por 2,000 que considera adecuado.

¹ Con respecto a tratamiento, véase el BOLETÍN de eno. 1934, p. 35.