

DRA. CONCEPCIÓN ESTRADA SÍLOS*

LA ENFERMEDAD DE DUHRING

ESTE PADECIMIENTO es una más, dentro del complejo grupo de las dermatosis bulosas, a las cuales en un principio fue difícil clasificar.

Desde los antiguos médicos ya fue confuso el término de "pénfigo" pues Rhazés, Hipócrates y Galeno se sirvieron de la expresión "Febris pemphigodes" para designar una enfermedad febril acompañada de pústulas dentro de la boca.

Siglos después en el año de 1884 Duhring hace la descripción de una dermatosis dentro del confuso grupo de los "pénfigos", dándole el nombre de dermatitis herpetiforme.

Es en 1899 que Brocq en su conferencia dada en el Hospital Broca-Pascal dice: bajo el nombre de dermatitis polimorfos dolorosas, yo designo todo un grupo considerable de afecciones cutáneas, caracterizadas desde un punto de vista clínico por:

1. Fenómenos dolorosos de intensidad variable presentes siempre con los fenómenos eruptivos.
2. Las erupciones siempre de aspecto polimorfo

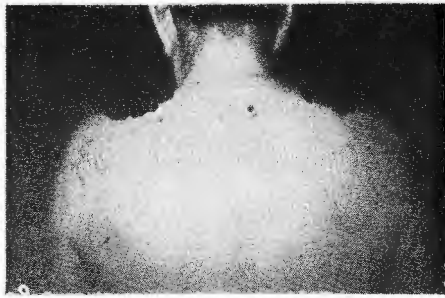
(eritema, vesículas, fúculas, pápulas, pústulas), algunas veces herpetiformes, agrupadas o diseminadas.

3. Una tendencia a evolucionar por brotes.
4. Una conservación habitual del buen estado general, sin embargo en algunos casos raros puede haber una terminación fatal.

Este grupo comprende varios cuadros de "pénfigo" vulgar de la escuela de Viena, el circinado de Royer, el pruriginoso de Chausit, el artrítico de Bazin) y de "herpes" (el de Milton, la hidroa herpetiforme de los ingleses, y la dermatitis herpetiforme de Duhring. Brocq completó la ya descrita por Duhring haciendo hincapié en la forma clínica de grandes bulas, ser polimorfa y predominantemente pruriginosa o dolorosa dándole el nombre de Dermatitis herpetiforme-polimorfo y dolorosa.

Fue llamada por algunos autores "pénfigus" de ahí el nombre de Pénfigo Polimorfo recidivante o dermatitis de Duhring, Dermatitis de Duhring o Pénfigo recidivante.

* Prof. Titular de la Cátedra de Dermatología de la U.N.A.M.



Figs. 1 y 2. Pequeñas y grandes bulas*.

* Centro Dermatológico Pascua.

Actualmente se conoce con el nombre de Dermatitis de Duhring-Brocq clasificada entre las dermatosis bulosas, pero bien definida o sea *no* es "pénfigo", el cuadro clínico se conoce más, sin embargo aún quedan algunos puntos oscuros, como su etiología.

SINTOMATOLOGÍA:

Clínicamente tiene características que la individualizan del grupo de las dermatosis bulosas:

- a. El cuadro eruptivo es polimorfo.
- b. Los fenómenos dolorosos son muy acentuados.
- c. No hay ataque al estado general.
- d. Tendencia a los brotes recidivantes.

Se presenta en ambos sexos, preferentemente en adultos jóvenes, en niños, siendo totalmente benigna, en personas de edad puede ser delicada por presentarse una enfermedad agregada (pulmonar, renal).

La topografía de la dermatosis también es caprichosa, puede invadir gran parte del tegumento;

1o.—miembros superiores, 2o.—miembros inferiores y en 3er. lugar tronco; poco se presenta en cara, piel cabelluda, regiones palmares y plantares, en ocasiones el intenso prurito y el dolor pueden acompañar al brote eruptivo.

Por su morfología se describen 2 tipos eruptivos: 1.—herpetiforme de pequeñas bulas, 2.—herpetiforme de grandes bulas, pero comúnmente están asociados de ahí el polimorfismo; placas eritematosas, numerosas vesículas de 1 a 3 milímetros, grandes bulas de 10 a 30 milímetros, son escasas o solitarias, el borde circinado o policíclico de varios tamaños; rápidamente todas las lesiones aumentan de tamaño o sea verdaderas flictenas de líquido en principio citrino se torna seropurulento, sobre una base eritematosa o borde areolar; éste es signo dominante en la enfermedad de Duhring, el brote inicialmente de pocas lesiones en pocos días se hace intenso, o bien hay regresión de algunas lesiones dejando zonas hiperpigmentadas. Los síntomas dolorosos considerados por Brocq y Besnier como patognómicas, siempre se presentan en cada brote recidivante y se exagera por las noches. El buen estado general se conserva siempre no obstante lo intenso y lo prolongado de los brotes; las complicaciones viscerales deben ser probablemente agregadas. Su evolución como ya se dijo es generalmente crónica, cada brote tiene una duración de pocas semanas a pocos meses, finalmente desaparece o bien presenta un nuevo brote. Pueden presentarse lesiones en la mucosa nasal solamente. No es maligna pero rara vez puede presentarse en personas de edad un cuadro de pénfigo maligno por lo que Brocq admite un grupo de dermatitis polimorfa agudo, no recidivante.

No hay signo de Nikolsky en la dermatitis de Duhring.

ETIOLOGÍA:

Esta es aún desconocida; todas las teorías que se han planteado no se han llegado a aceptar por falta de un criterio de peso; entre otras se citan: los trastornos metabólicos de la nutrición, estados neutróficos, causas tóxicas endógenas y exógenas microbianas que afectan el sistema nervioso sensitivo y vasomotor.

El hecho de presentar habitualmente eosinofilia en la sangre y en el líquido de las bulas, Leredle y Ch. Perrin opinan ser de naturaleza linfática siendo el aparato hematopoyético el atacado

primitivamente. Sobre la teoría alérgica dice Lehner ¿la enfermedad de Duhring es una enfermedad de sensibilización? ¿es una reacción de intolerancia? Tomando en cuenta que algunos enfermos presentan sensibilización? ¿es una reacción de intolerancia? Todo, bromo) ¿cabe la posibilidad clínica de identidad con las toxidermias?; por lo tanto con este punto de vista considera a la enfermedad de Duhring como un síndrome reaccional a múltiples estímulos (biológicos, químicos y físicos). Una teoría más, la infecciosa, igualmente no demostrada por ningún hecho bacteriológico no se citó antes dentro del cuadro clínico, fácilmente puede presentar una afección piógena agregada; entonces tenemos que reconocer hasta la fecha no se conoce la etiología de esta dermatosis.

DIAGNÓSTICO:

Es el cuadro clínico muy característico, pero hay que diferenciarlo con otras dos importantes dermatosis: 1.—Eritema polimorfo y 2.—Pénfigo Vulgar. A. Civatte bajo una observación histológica de la bula reconoce la individualidad de la dermatosis de Duhring, esta bula es sub-epidérmica, en el Pénfigo Vulgar es intramalpighiana (acantolisis) en el Eritema polimorfo buloso también es sub-epidérmica, pero una epidermis con necrosis, de ahí que de ser posible debe confirmarse con el citodiagnóstico de Tzank. El raspado de la base de las bulas nos muestra la presencia de grandes y monstruosas células de la capa de Malpigio signo de los casos de Pénfigo Vulgar. En esta dermatitis herpetiforme de Duhring sólo se observan células banales de origen sanguíneo o linfocitos.

EVOLUCIÓN:

La cronicidad se caracteriza por la presentación de brotes sucesivos, de poca o larga duración,

en el intervalo puede haber prurito, la enfermedad puede durar años, pero el enfermo conserva siempre un buen estado general, a excepción de ser un brote muy generalizado puede presentarse fiebre. El pronóstico en sí es benigno, la posibilidad de presentarse una enfermedad intercurrente agrava el pronóstico, quedando una posibilidad en los enfermos de edad la transformación en un cuadro de Pénfigo Vulgar.

TRATAMIENTO:

Los autores antiguos vigilaban mucho la alimentación así como los trastornos digestivos. Duhring aconsejó: 1o.—el arsénico administrado a dosis crecientes; en los casos con fiebre suministró el sulfato de quinina y localmente lociones y pomadas calmantes anti-pruriginosas. También insistió en el tratamiento psíquico e higiénico ya que se lograba mucho bien al paciente.

En estos tiempos también se da más importancia al manejo médico-social del enfermo. Localmente instituímos un tratamiento inerte y anti-séptico: baños con sulfato de cobre, a razón de 3 o 5 gramos para el volumen de agua en tina de baño general; posteriormente pastas, cremas, polvos, aceites y si el caso lo requiere antibióticos por vía oral o parenteral.

Con el advenimiento de las Sulfonas para el tratamiento de la Lepra, en México iniciada en 1946, en el Centro Dermatológico Pascua, un caso de Lepra Lepromatosa y dermatitis de Duhring, al iniciar su tratamiento con el preparado llamado Promín tuvo una curación muy espectacular de la dermatitis de Duhring en poco tiempo y a partir de esa fecha se sigue por algunos dermatólogos el tratamiento sulfónico con la 4'4 diaminodifenilsulfona a dosis de 100-200 miligramos diarios por tiempo indefinido con magníficos resultados.

REFERENCIAS

1. BROCCQ, L.: *La Dermatitís Herpetiforme de Duhring*. Cliniques dermatologiques p. 514. 26 Masson. Edit. Paris.
2. DARIER J.: *Precis de Dermatologie*, 4a. Edit. 1o. 2o. Masson Edit Paris, 1928. 1o. Cap. X Flictenes y Dermatites bulleuses p. 226-33.
3. DEGOS R.: *Les affections bulleuses en apparence primitives, Maladie de Duhring*, p. 413-23 Flammarion Edit. Paris, 1958.
4. GAUCHER E.: *Pemphygus pruriginoux ou dermatitís herpetiforme*, p. 109-14. Maladies de la Peau Bailliére et fils Edit. Paris, 1917.
5. HEBRA, F.: *Et Kaposi. Pemphygus*. Chonique, pp.803-43. *Traité des Maladies de la Peau* Masson Edit. Paris, 1872.