

Alergia al mercurocromo

Por el Dr. ARMANDO H. GÓMEZ ECHEVARRÍA

I

Con relación a la alergia a drogas es interesante saber, que muy pocas drogas escapan a los reportes seriamente conducidos de fenómenos alérgicos por ellas provocadas; desde la inocua aspirina, hasta las más complicadas estructuras resultantes de la química de síntesis con facultades terapéuticas, pasando como es natural por los antibióticos, y refiriéndonos en especial a la penicilina, de la que se ha hecho un uso tan profuso como el que hubiera podido corresponder al mismo ácido acetilsalicílico y sus derivados.

Los reportes de manifestaciones alérgicas a la aspirina, a las sulfas, a los hipnóticos, a los tranquilizadores, a los analgésicos, a los tópicos como el Mertiolate, al esparadrapo, a los antibióticos, a la sangre en las transfusiones... en fin, a casi todos los elementos con propiedades terapéuticas, hablan muy a las claras de la frecuencia con que el médico y sus indicaciones son el eje en torno al cual giran los fenómenos alérgicos, abriendo en el sumario de la farmacología y la terapéutica,¹ el capítulo de las contraindicaciones de causa alérgica, que el tiempo y los hechos se han encargado de personalizar, y que hoy resida ineludible en toda actitud terapéutica.

Este capítulo se dedica al análisis y cálculo de estos accidentes, para situar al médico en una actitud preventiva de la que se deriven condicionales que le permitan el mejor manejo de los mismos, y el mejor logro de los resultados terapéuticos que de su intervención debe esperarse.

II

Los términos en que se plantea el problema alcanzan su justo valor si se acepta en general, que ningún fármaco moderno está exento del peligro de producir erupciones cutáneas, amén “de las nuevas modalidades reaccionales a que puede dar lugar su uso en relación con el tiempo”.²

Se ha estimado globalmente, que se han usado como fármacos más de 350,000 sustancias, de las cuales aproximadamente 1,000 son de empleo corriente en la actualidad.²

Brown indica que puede comprobarse, que son “sustancias sensibilizantes 500 de nuestros fármacos modernos como mínimo”.³

Para resumir, si tenemos en cuenta que “en los últimos años ha aparecido cada día un nuevo producto farmacéutico, para uso médico como mínimo”,² no puede negarse repetimos, importancia al capítulo de la “Alergia a Drogas” en su más amplio sentido.

Este trabajo tiene por objeto llamar la atención con relación a la posibilidad, de que los más inofensivos agentes terapéuticos adquieran características nocivas por vía del mecanismo de sensibilización individual del sujeto que los utiliza, hecho por todos conocido, pero cuya repetición no resulta inútil por razones obvias.

III

Los medicamentos o drogas en el más amplio sentido, pueden ingresar en el organismo por diferentes vías; oral o enteral, por vía parenteral, por inhalación y por contacto.

Una droga pues, con característica de alérgeno, puede ser un ingestante, un inyectante, un inhalante o un contactante de acuerdo con la vía de administración coincidente con la eclosión de la sintomatología subsecuente a su utilización.

Si bien es verdad que la vía de administración de las "drogas" tiene una influencia definida las más de las veces en las características de los fenómenos alérgicos que determina, no es este el lugar ni el momento para referirnos a ello, sólo diremos en términos generales, que cualesquiera que sea la vía de administración a la que nos hemos referido, la sintomatología alérgica puede exteriorizarse o con carácter sistémico o en forma más o menos localizada a un órgano o tejido.

La práctica nos lleva a admitir como regla que los medicamentos ingestantes, inyectantes, e inhalantes provocan reacciones sistémicas con más frecuencia que la medicación tópica, a la que los tejidos de

choque responden de manera habitual con una reacción cutánea localizada a la que se denomina dermatitis o dermatitis por contacto.

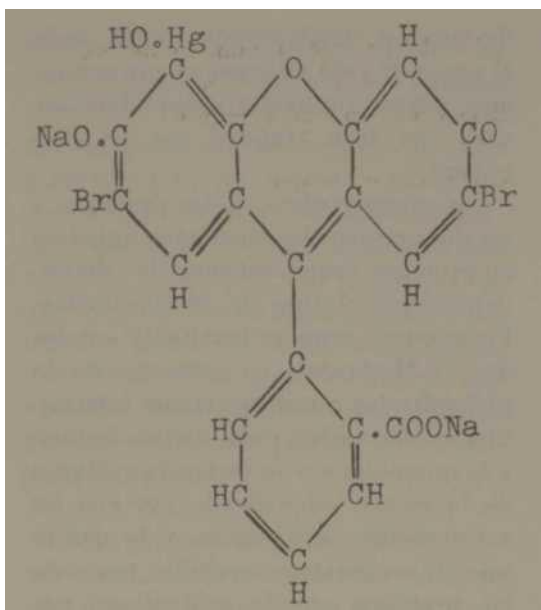
Esto no excluye, como es natural, la posibilidad cierta de que un medicamento de acción tópica, dé lugar a manifestaciones sistémicas que puedan por su gravedad dar al traste inclusive con la vida del enfermo.

Es por ello que vamos a referir varios casos de sensibilización al *Mercurocromo*, producto que todos utilizamos, que hemos indicado y estamos dispuestos a indicar en el medio hospitalario, en el consultorio y en el ambiente doméstico sin el menor reparo, dada su popularidad como antiséptico. Vamos a referirnos también, a casos descritos con anterioridad por otros compañeros, porque ello completa el panorama de alergicidad de esta sustancia, que si bien es verdad fue preconizada en tiempos pasados como medicación sistémica,^{4 5} ocupa en la actualidad un puesto indiscutible dentro del grupo de los medicamentos tópicos.

IV

No debemos sin embargo pasar adelante sin hacer algunas consideraciones con relación a la composición química del mismo, por ser este aspecto de la cuestión la base sobre la que se hace descansar la "dinámica de la sensibilización" en general y muy especialmente en el caso de la Alergia a Drogas.

*El Mercurocromo o Merbromin.*⁶ Es la sal sódica de 2-7 dibromo-4-hidroxi-mercurofluorescein, cuyas fórmulas globales de constitución o estructural se exponen a continuación:



El Formulario Nacional de los Estados Unidos (1,946), hace con relación al *Merbromin* las siguientes especificaciones refiriéndose a su composición química; debe contener no menos del 24% y no más del 26.7% de mercurio, así como no menos del 18% y no más del 21.3% de Bromo.

Con respecto a sus características, sigue diciendo, "es un antiséptico quirúrgico especialmente en el tratamiento de pequeñas heridas. La falta de acción irritante y su propiedad de teñir los tejidos han acreditado su popularidad como desinfectante superficial".

Se utiliza en dos formas habitualmente: Solución acuosa al 2% y la llamada Solución Quirúrgica de Merbromin al 2%, en agua, alcohol y acetona.

v

Es interesante meditar sobre la composición química del *Merbromin* o *Mercurocromo*, pues amén de que esto nos explica por una parte su carácter sensibilizante en algunos casos, nos lleva por otra parte a hacer

algunas consideraciones como las que exponemos a continuación:

1. —Se conoce en el Formulario Nacional de los Estados Unidos (VIII), con el nombre de *Merbromin*.
2. —Esta denominación es desusada en nuestro medio, donde utilizamos el término de *Mercurocromo*.
3. —Esta denominación crea un equívoco que es preciso aclarar, pues sugiere que en la fórmula del *Merbromin* o *Mercurocromo*, intervienen dos metales; el Mercurio y el Cromo.
4. —Esto daría a la molécula del *Merbromin* o *Mercurocromo* un alto potencial sensibilizante a expensas de los metales referidos, cuya alergenicidad individual se reforzaría notablemente al asociarse en la integración de una molécula con un núcleo "acromático" como ocurre en caso del producto que estudiamos.
5. —Debe quedar aclarado pues, que el *cromo* no interviene en la constitución de la molécula de *Merbromin* o *Mercurocromo*, y que por lo tanto es ajena al poder sensibilizante de éste.
6. —La partícula *cromo* que interviene en la composición del nombre *Mercurocromo*, y que induce al equívoco que tratamos de aclarar, hace referencia más a una característica del producto, que a su composición química; se refiere repito, a la "propiedad de teñir los tejidos con los que hace contacto".
7. —Debe quedar aclarado pues, que en la composición de la molécula

de *Merbromin* o *Mercurocromo*, intervienen el *Mercurio* al que hace relación el nombre con toda propiedad, y el *bromo* al que se refiere la denominación *Merbromin* y no la de *Mercurocromo*. El metal *romo* 110 forma parte de la molécula de este antiséptico.

- 8.—Sería más correcto utilizar el nombre de *Merbromin* para designarlo que el de *Mercurocromo* cuya popularidad arrastra el error anotado, y conspira contra la posibilidad de designarlo en el futuro con el nombre de *Mercurocromo*, que interpreta a cabalidad su constitución química, cuyo conocimiento se hace más necesario resaltar, que su propiedad de teñir los tejidos, que constituye su característica organoléptica más definida, llamativa y de todos conocida.

VI

En la estructura química del *Merbromin* que acabamos de exponer nada sugiere su filiación a la química de las proteínas tan ligadas a los fenómenos alérgicos, por su condición de antígenos completos.

Landsteiner y Sulzberger⁸ demostraron con sus trabajos experimentales que innumerables dermatitis ocupacionales alérgicas tienen su origen en la combinación de sustancias químicas que no son por sí mismas antigénicas, con otras semejantes a las proteínas formando así un alergeno completo, un hapteno, que es así como se denomina.

Se trata pues de sustancias químicas cuya "actividad inmunológica está en relación con su afinidad por las proteínas" que le sirven de "portadores" y después, con su posible

transformación de cuerpos relativamente inerte desde el punto de vista químico, en estructuras muy activas (quinonas y di-inidoquinonas) con gran afinidad por las proteínas.⁹

Las características de las proteínas a las que se unen los elementos químicos no proteicos como acabamos de esbozar, determinan el tipo de sensibilización. En nuestros casos es inevitable aceptar que el *Merbromin* en contacto con la piel sufre las transformaciones intermediarias necesarias para unirse después a la queratina o a la sustancia colágena de la misma, adquiriendo por ello las características antigénicas, y lo que es más, de un antígeno insoluble, por serlo las proteínas que lo vehiculizan, por todo lo cual dará lugar a una reacción de hipersensibilización localizada al punto de contacto; dermatitis alérgica por contacto.

VII

El término de dermatitis por contacto que utilizamos los alergistas con todo desenfado y naturalidad, debe ser totalmente definido por cuanto que se le utiliza bajo distintas concepciones etiopatogénicas y clínicas, y por ello como es natural con distinta amplitud, lo que induce a erróneas interpretaciones. Cuando decimos dermatitis por contacto, nos referimos a una lesión del dermis, verdadera dermatitis si se tolera la expresión, que tiene por base etiopatogénica el choque antígeno - anticuerpo resultante de un proceso de sensibilización alérgica, condicionados por los fenómenos de exposición sensibilizante y de reexposición desencadenante a un agente químico, orgánico o inorgánico, que tiene la peculiaridad de actuar de manera habitual, o en caso particular en que se considera por acción tópica.

La delimitación etiopatogénica y la

clínica de la dermatitis por contacto de acuerdo con lo establecido, nos obliga a considerar las características del agente que las provoca, para hacer de ellos una gran división; los irritantes primarios y los sensibilizadores. Solo estos últimos son capaces de provocar dermatitis por contacto de acuerdo con la concepción que de estos liemos dejado establecido, pues los primeros, los irritantes primarios, actúan sobre la piel en base de mecanismos físicos, químicos o biológicos bien diferentes del proceso de sensibilización alérgica.

En un empeño más por aclarar la terminología, algunos autores al referirse a las dermatitis provocadas por un agente sensibilizante por acción tópica, utilizan la denominación de *dermatitis alérgica por contacto*,^{1°} en la que se aclara la etiopatogenia del proceso.

Insistiendo sobre la diferencia entre irritante primario y agente sensibilizante y los efectos de ambos, definiremos el primero de acuerdo con el *Comité de Salud Pública de los Estados Unidos, Cuerpo Consultor sobre Enfermedades de la Piel*,¹¹ diciendo que “es el que produce clínicamente lesiones en el punto de contacto sobre la piel normal de la mayoría de las personas no sensibilizadas de antemano para esa sustancia”. Yo me permito completar esta definición agregando, que siempre y cuando el contacto se haga a concentraciones y durante el tiempo adecuado. Esto no ocurre con el agente sensibilizante que debe actuar, y lo hace únicamente, en aquellos sujetos que han pasado por el proceso de sensibilización previo. De donde, el irritante primario actúa al primer contacto, sin el período de incubación o de latencia previo, indispensable a todo proceso de sensibilización y por ello íntimamente ligado a la patogenia del agente sensibilizante

A continuación vamos a referirnos a los casos de sensibilización al *Mercurocromo* que motivan estas consideraciones, no por la novedad del tema que ya ha sido tratado ampliamente por otros compañeros cubanos y extranjeros (12- 13-14-15-16 y 17) y siguientes, sino por la elocuente llamada que nos hace la “práctica médica diaria”, acerca de la “posibilidad, de que los más inofensivos agentes terapéuticos adquieran características nocivas por vía del mecanismo de sensibilización del sujeto que los utiliza”, y porque esto “saca” la Alergia de la serena laboriosidad de los laboratorios, para situarla en la vorágine que constituye la consulta externa, la sala del Hospital, el salón de operaciones, en una palabra, la cama del enfermo.

Caso 1.—D. E. N., masculino, de la raza negra, de 9 años de edad y vecino del Vedado, concurre a la consulta del Departamento de Alergia del Hospital Infantil Pedro Borrás Astorga.

Befiere la madre del enfermo que hace más de tres años y en relación con una inmunización realizada en la Escuela, le aplicaron *Mercurocromo* en la piel con propósitos antisépticos. Esto, lejos de transcurrir sin incidentes dio lugar a una serie de lesiones cutáneas en los puntos de aplicación del antiséptico, que por la descripción de la madre tenían aspecto eczematoso y segregante. Tuvo necesidad de ser atendido por ello en una Casa de Socorros.

Concurren al Departamento de Alergia repito, pues diez días antes de la fecha de consulta y con motivo de una herida cortante, es atendido en un Poli-clínico donde le hacen la toilet de la herida, le aplican *Mercurocromo* como antiséptico, y suturan. En los puntos de aplicación del antiséptico aparecieron

lesiones eritematovesiculosas, que pudimos fotografiar para traerlas a este trabajo, solo después que el tratamiento había apagado la agudeza con que tuvimos oportunidad de verlas. Figs. Nos. 1 y 2.

Los casos siguientes acuden a la consulta sin manifestaciones lesionales que pudieran hacer sospechar en la sensibilización que

describimos, y si ésta se hizo evidente fue como resultado del interrogatorio que sobre el particular hemos incluido con carácter sistemático en la Historia Clínica del Departamento. Hecho que habla muy a las claras del servicio que puede prestar este Capítulo en la Historia Clínica cuando se conduce con regularidad y sistematización, en lo

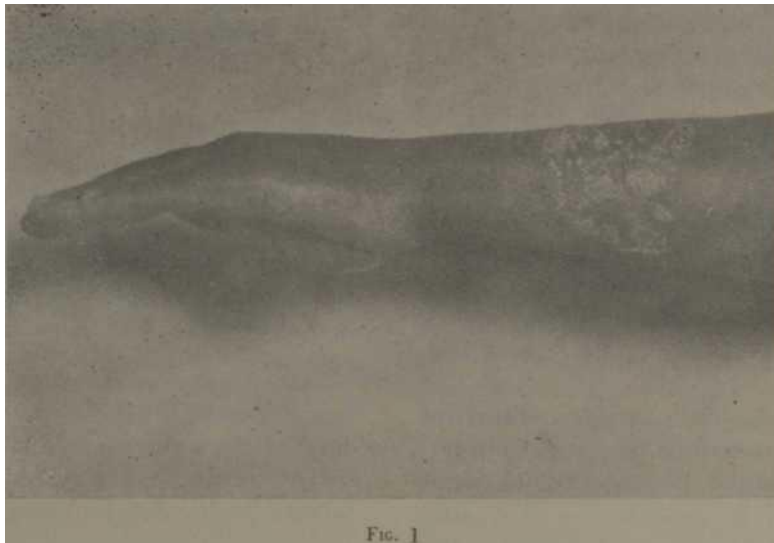


Fig. 2
Figs. 1 v 2.—lesiones eritematovesiculosas provocadas por la aplicación local del Mercurocromo, como antiséptico superficial a la ocasión de una herida.

que a la profilaxis y prevención de los accidentes por alergia a drogas se refiere.

CASO 2.—B. femenina, de la raza blanca, de 10 años de edad y vecina del término de Mariano.

Concurre a la consulta por padecer de asma bronquial y coriza. Entre los datos del interrogatorio refiere que hace aproximadamente un año, y a la ocasión de hacer "tratamiento casero" con *Mercurocromo* de pequeñas heridas o traumatismos, se le producían lesiones cutáneas de tipo eczematoso a nivel de los puntos de la piel con los que el antiséptico hacía contacto.

Se le hicieron "pruebas de parches" que representamos en la Fig. No. 3, y que de izquierda a derecha y en primera

fila, *Collubiazol* y *Zephiran*. La fila inferior y en el mismo orden; un *Control* y *Mercurocromo*.

La Fig. No. 4 representa una vista de una sesión de pruebas anterior, donde la positividad del *Mertiolate* y del *Ungüento Oftálmico de Oxido Amarillo de Mercurio* se evidencian netamente.

CASO NO. 3.—B. D., masculino, de la raza blanca, de cinco años de edad, sin manifestaciones atópicas y sin manifestaciones dermatológicas en el momento de la consulta.

Concurre a la consulta por cuanto que, ha descubierto de manera accidental y con la

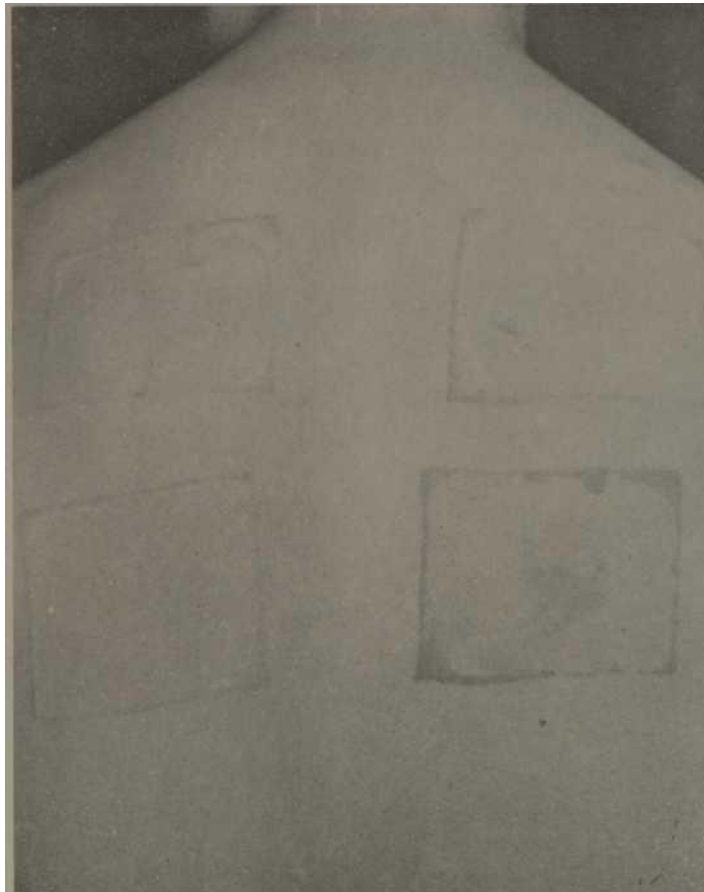


Fig. 3. Representa una sesión de pruebas de "parches" izquierda a derecha, *Collubiazol* y *Zephiran*. Abajo mismo sentido un *Control* y *Mercurocromo*.

anormal y tórpida de las pequeñas heridas y traumatismos que sufre en la vida diaria y que trata con *Mercurocromo*, podían ser debidas al efecto perjudicial de este. Señala que estas manifestaciones las tiene el enfermo desde sus primeros años, pero sin que

podieran atribuirse a su verdadera causa.

Concurre a la consulta repito, para decidir esa cuestión, por una parte, y por otra con objeto de que le señaláramos un antiséptico que pudiera utilizar sin los problemas del *Mercurocromo*.

A este paciente le testificamos mediante parches, Fig. No. 5, de izquierda

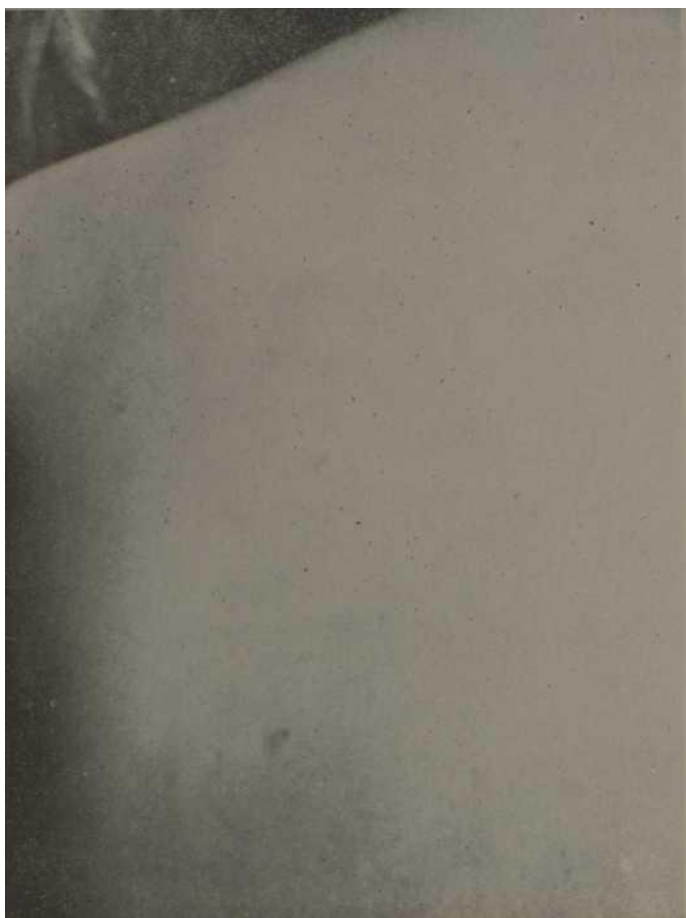


Fig. 4.— Representa los resultados de una sesión de pruebas en que se testifican arriba y de izquierda a derecha; Merliolate y Eosina. Abajo y en el mismo sentido: Ungüento Oftálmico de Ox. Amarillo de Mercurio y de Sulfatiazol. En la fotografía se evidencian netamente las positividades para los dos primeros.

a
derecha con *Zephiran*, *Mercurocromo*, (arriba! y en el mismo orden, pero en la fila de abajo, *Collubiazol* y *Mertiolate*. Como puede observarse los resultados solo son positivos para el *Mercurocromo* y el *Mertiolate*.

En la Fig. No. 6, se amplía el resultado del parche con *Mercurocromo*. La Fig. No. 7, se refiere al parche de *Merthiolate*.

En las Fig. Nos. 6 y 7, se evidencian las lesiones vesiculosas resultantes del contacto con tales sustancias alergénicas en esto? (-aso por contacto.

Nuestro enfermo fue testificado también con *Tintura de Iodo*, *Ungüento de Sulfatiazol* y con *Oxido Amarillo de Mercurio* en forma de Ungüento Oftálmico.

La Fig. No. 8, nos muestra el resultado de la testificación con ésta última sustancia; *Reacción intensamente positiva* con carácter flictenular. Con relación a este resultado, vamos a hacer en su momento una aclaración.

Como en la “mayor parte de las alergias dermatológicas, sobre todo en las dermatitis por contacto, no hay un método auxiliar de diagnóstico de valor tan plenamente establecido como la prueba Parche bien hecha”¹⁸ y como en el caso a que acabamos de referirnos se ponen de manifiesto hechos interesantes con relación a la práctica e interpretación de estas pruebas, nos referiremos a ellas a continuación.

Tanto en la Fig. No. 5, como en la No. 9, puede observarse a nivel de la piel de la región escapular izquierda, una imagen de aspecto anular, que corresponde a una verdadera “quemadura” provocada al “tratar de demostrar la sensibilidad a la tintura de *Iodo*” con anterioridad del momento que comenzamos a manejar este caso.

Debe tenerse muy en cuenta en esta técnica como todos sabemos, la concentración y el medio en que debe diluirse la sustancia cuya sensibilidad queremos demostrar, pues de lo con

trario, la sustancia utilizada adquiere las características de un irritante primario y no de un agente sensibilizante (Véase página 152 de este trabajo).

En el caso y la circunstancia a que nos referimos, se aplicó durante 24 horas un algodón embebido en *Tintura de resultados*

que acabamos de ver. La primera reacción cuya cicatriz reproducimos fotográficamente, no fue una reacción positiva por contacto, sino una “falsa positiva” debida a la acción irritante química; sin valor inmuoalérgico pues.

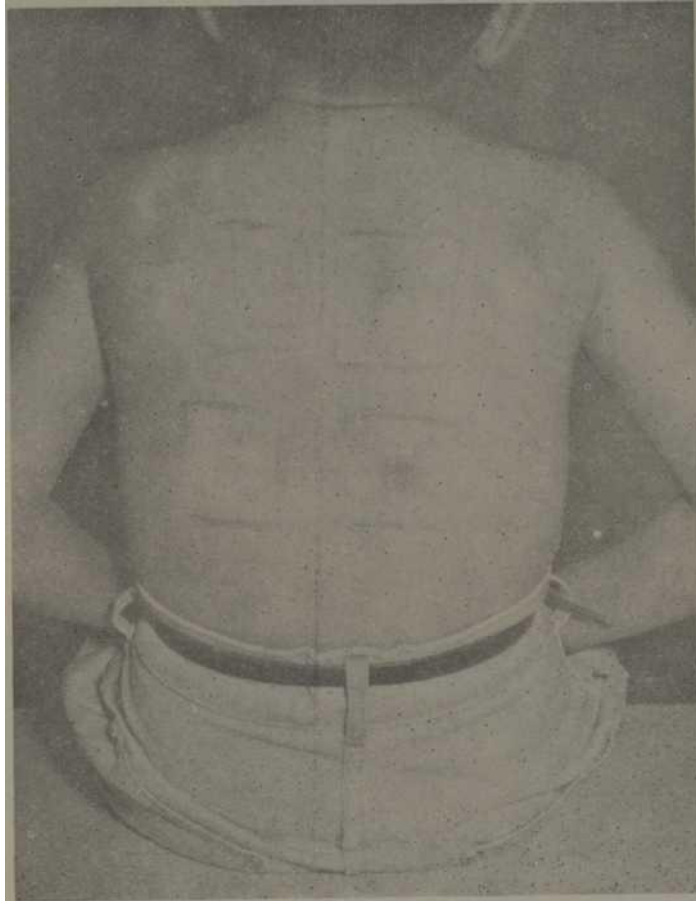


Fig 5.—Representan las testificaciones por “parches” de Zephiran y Mercurocromo y en niismo sentido, pero en la fila de abajo; Collubiazol y Merthiolate

lodo, con el resultado que acabamos de mostrar. Con respecto a ello Urbach,¹⁹ página 1,128, se refiere a la testificación con Tintura de Iodo, aclarando que ésta debe hacerse por “pincelación” y no mediante “parche cubierto”. Siguiendo este proceder testificamos nuevamente a nuestro enfermo con los

Para terminar este aspecto de nuestra exposición, vamos a referirnos a la prueba intensamente positiva, fluctúenla si se quiere, con que respondió nuestro caso No. 3 al contacto con el *Ungüento Oftálmico de Oxido Amarillo de Mercurio*. Fig No. 8.

No negamos la intensidad de la res-



FIG. 6



FIG. 7

FIG. No. 6 y 7.—Se amplian en close up, los resultados de los "parches" con Mercurocromo y Merthiolate, respectivamente. Obsérvese el aspecto vesiculoso típico de las lesiones.

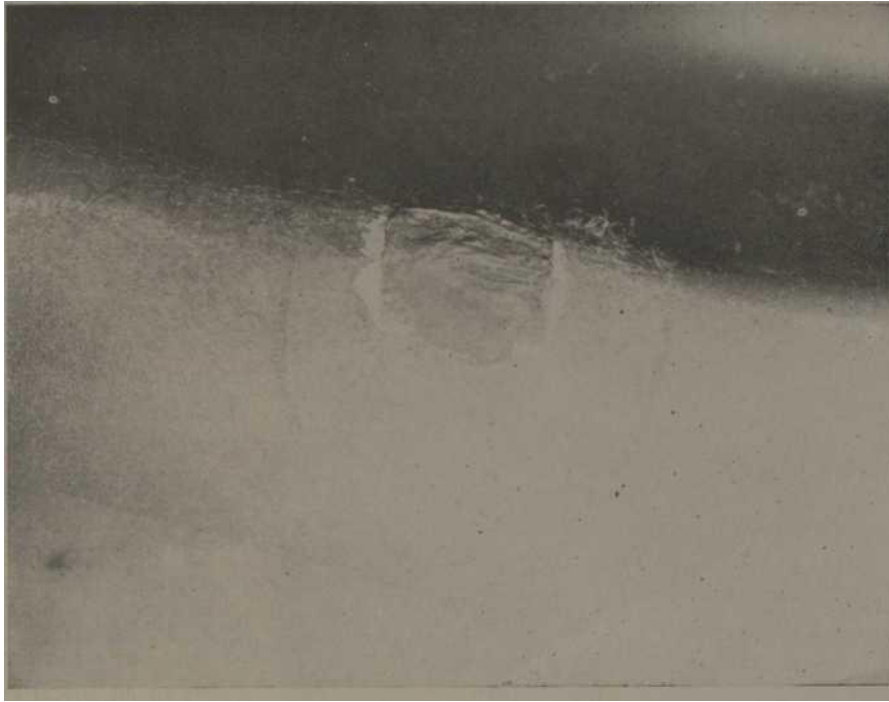


Fig. 8.—Muestra el resultado inmensamente positivo; flictenular o mejor, ampollar, de una prueba de "parche" con unguento oftálmico de óxido amarillo de mercurio. De inmediato me representó la catástrofe resultante de usar ese unguento, a nivel de la conjuntiva de este enfermo, como hubiera podido ocurrir fácilmente.

puesta, pero queremos advertir que la madre del enfermo en contra de lo que al respecto le advertimos, no reportó a las 24 horas a pesar del intenso prurito y sensación de dolor que aquejaba al enfermo a nivel de la zona de piel testificada, sino que lo hizo a las 48 horas, con el resultado que recoge la figura a que nos referimos.

En estas circunstancias, la falta de disciplina de los familiares del enfermo exageraron una reacción que puedo ser intensa, pero no de los caracteres que llegó a adquirir por no atender nuestras indicaciones; venir sistemáticamente a las 24 horas de hecha la prueba, y levantar el parche en casa del enfermo inclusive, si a nivel de éste se experimentara sensación de prurito muy marcado o de "quemazón", con todo lo cual habríamos logrado evitar que

una prueba de fines diagnóstico, se transforme en el punto de partida de una afección local o generalizada, de acuerdo con los caracteres y la intensidad de la sensibilización del enfermo.

X

Nos hemos referido pues, a varios casos de sensibilización al *Mercurocromo* por contacto en los cuales la respuesta al choque antígeno-anticuerpo también fue localizada en la piel fundamentalmente, y a manera de dermatitis o dermatitis alérgica por contacto, a través del mecanismo inmunológico que ya esbozamos.

Esto no evita sin embargo que la sensibilización al *Mercucromo* adopte otras modalidades clínicas, condicionadas por



Fig. 9.—Imagen de aspecto anular situada a nivel de la piel de la región escapular de nuestro enfermo; cicatriz resultante de una verdadera quemadura, provocada al tratar incorrectamente de demostrar la sensibilidad a la Tintura de Iodo.

variantes patogénicas del mecanismo de la sensibilización.

Vamos a referirnos pues a estos casos, uno de los cuales fue descrito por el Dr. Moisés Mitrani y col.¹² y en el que después de una embrocación de *Mercurocromo* en la faringe se produjo un cuadro hecho de intranquilidad, desasosiego, opresión torácica, prurito intenso y generalizado, edema de la cara; especialmente periocular y peribucal, pérdida del conocimiento y coma.

Los autores insisten en que había un edema marcado y pálido de la nasofaringe, de los pilares y de la úvula, que se notaba como por segundos avanzaba hacia la laringe y la tráquea.

Los autores hacen notar que las pruebas cutáneas de “parche” resultaron negativas tanto para el *Mercurocromo* como para el *Mertiolate*.

La prueba de “escarificación” fue positiva con ++ -f- para el *Mercurocromo*, y lo que es más interesante lograron una “transferencia pasiva” de la sensibilidad.

Con la autorización de los autores me refiero a este caso, pues es bien distinto de los que componen mi pequeña casuística, tanto en su sintomatología como en su interpretación inmunoalérgica, y me refiero a él como ya comenté, porque su conocimiento “completa el panorama de alergenidad de esta sustancia.

En este caso se trata de una reacción alérgica inmediata y generalizada, al uso de una droga de acción tópica, en que los autores lograron evidenciar la existencia de anticuerpos circulantes. Se trata pues de un

caso particular de la sensibilización hapténica a la que ya nos hemos referido, en la cual el compuesto químico se une a proteínas solubles; globulinas, para dar lugar a un anticuerpo circulante y a cuadros clínicos similares al que acabamos de describir.

Los casos a que acabamos de referirnos se contraponen al criterio de que “ningún efecto sistémico ha sido observado siguiendo a las aplicaciones locales de *Merbromin* para uso humano” que se expone en el Index Merck 1961.

Sulzberger,⁸ citado por autores, se refiere a un caso de sensibilización al *Mercurocromo* en que la permanencia en una habitación donde una hora antes se había derramado un frasco de esta sustancia, provocó ataque generalizado de la piel con hipertemia y postración.

XI

La revisión de la bibliografía concerniente a estos problemas pone en evidencia de inmediato un primer hecho; la escasez de referencias bibliográficas con respecto al *Mercurocromo*, en comparación con las que se dedican con el mismo fin al *Mertiolate*.

Esto parece estar determinado por la mayor frecuencia con que se emplea el *Mertiolate* en los países de donde procede la literatura estudiada.

Ahora bien, tan pronto como insistimos en la apreciación de los hechos, vemos como en la inmensa mayoría de los trabajos dedicados a la sensibilización al *Mertiolate*, hay también manifestaciones de sensibilización para el *Mercurocromo*, refiriéndose los títulos de los trabajos al primero, en función de la mayor difusión de su empleo. Otros trabajos engloban las manifestaciones de hipersensibilidad al *Mercurocromo* dentro del cuadro más general de la hipersensibilidad para los mercuriales genéricamente hablando.

Vamos a tratar de exponer a ustedes algunos conceptos de los que al respecto aparecen en la bibliografía, tratando de relacionar y comparar los casos de la misma, con los que hemos manejado en la práctica.

F. Pascher y Silverberg, M. G.,¹⁴ se refieren a cinco casos de sensibilización al *Mercurocromo*, que también reaccionaban frente al *Mertiolate* y a compuestos inorgánicos de Mercurio, llega a la conclusión después de una serie de

consideraciones, que el grupo determinante de la sensibilización se estructura alrededor de este metal.

Cita a Sulzberger, para explicar los casos en que se produce la reacción a un mercurial orgánico y no a otro, lo que haría dudar del papel determinante del Mercurio, si no se aceptara que la positividad o negatividad del parche está relacionada, con la proporción de Mercurio libre a que dan lugar uno y otro compuesto en cada caso.

Se refiere a *Mertiolate* señalando que en el Hospital Universitario de la Escuela de Medicina de Maryland, no se observó en el año 1940 un solo caso de dermatitis por esta sustancia, entre los cinco mil casos que fueron en ese lapso de tiempo preparados pre-operatoriamente con la tintura de la misma.

Traub, E. F. y Holme, H. R.¹⁶ se refirieron a un caso de sensibilización al Bicloruro de Mercurio, Ungüento de Mercurio Amoniacal y *Mercurocromo*.

Belote, G. H. y Marshall,¹⁷ relata dos casos sensibilizados a la Tintura de Metaphen, y simultáneamente al Bicloruro de Mercurio y al *Mercurocromo*.

Julio de los Santos,¹³ en un trabajo de conjunto sobre Alergia en Cirugía, se refiere tanto al *Mercurocromo* como al *Mertiolate* sin entrar en particularidades al respecto. Hace alusión sin embargo "al caso de una enfermera que no puede permanecer en el salón de operaciones donde se haya utilizado el *Mertiolate* sin tener manifestaciones cutáneas". Hace consideraciones sobre lo impracticable de la desensibilización por el momento en estos casos.

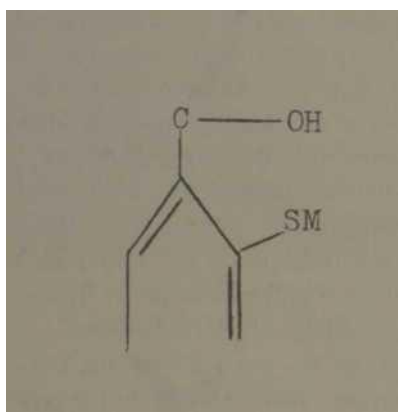
Como se infiere de los datos a que nos hemos referido, los casos que hemos descritos no difieren en lo sustancial de los descritos con anterioridad, se trata de casos particulares de la sensibilización por contacto al Mercurio.

Vamos a referirnos no obstante a al

gunos casos que difieren un tanto de los descritos, y los hacemos por cuanto que esto permite una mejor perspectiva del fenómeno de la sensibilización a drogas y sus interpretaciones, aun cuando no se refieran específicamente al *Mercurocromo*.

Así, por ejemplo, Ellis²⁰ cita cuatro casos de sensibilización al *Mertiolate*, sin sensibilización demostrable para otros mercuriales orgánicos e inorgánicos incluyendo el *Mercurocromo*. Señala que en estos casos el elemento o grupo determinante de la sensibilización 110 es el Mercurio, sino el radical "Tiosalicílico".

Se expone a continuación la fórmula estructural del radical "Tiosalicílico".



Cita en su trabajo a pesar de ello, a Underwood,²¹ que vincula el 35% de la dermatitis de contacto debidas a medicamentos, a un compuesto orgánico de mercurio. Entre éstas, el 90% deben atribuirse pues al *Mertiolate*. Atribuye al mercurio la facultad sensibilizante.

El propio Ellis en²² cita un trabajo de Groos E. R.¹⁵ en que se refiere a un caso sensibilizado a la Tintura de Metaphen, al óxido amarillo de mercurio en unguento y al bicloruro de mercurio y que sin embargo no daba muestras de sensibilización ni al *Mertiolate*, ni al *Mercurocromo*.

En otras referencias bibliográficas los autores se concretan a estudiar clínicamente

la sensibilización al *Mertiolate*,^{23 24} sin otras implicaciones.

Es evidente pues, que aun a pesar de los trabajos de Ellis y el caso de Groos citado por el primero, la inmensa mayoría de los casos referidos sin exceptuar los nuestros, parecen corresponder como antes dijimos a "casos particulares de sensibilización por contacto al mercurio.

Ahora bien, a nosotros nos hubiera interesado tener algún caso en que la sensibilización al *Mercurocromo* no se acompañara de sensibilización simultánea para el *Mertiolate* o viceversa, para haber podido valorar en nuestro medio el poder sensibilizante del "radical tiosalicílico" a que se ha referido Ellis.²⁰

No obstante no disponer de los casos, hicimos nuestro mejor esfuerzo por manejar el "ácido tiosalicílico" (Acido 2-mercaptobenzoico) o de otra manera (ácido orto-sulfidrilbenzoico), utilizando como colorante o como reactivo en la determinación de hierro²⁵ viéndonos materialmente imposibilitados de disponer de la sustancia en cuestión.

RESUMEN Y CONCLUSIONES

Primero: Debe utilizarse la denominación original de *Merbromin*, para designar a este antiséptico local, o en su defecto la de *Mercurobromo* en lugar de *Mercurocromo*, por inducir ésta a una concepción equívoca de la composición del producto, integrado entre otros por los iones *bromo* y *mercurio*, nunca por el *cromo* que no forma parte de su fórmula de constitución.

Segundo: Que los casos expuestos 110 son en nuestro criterio otra cosa que, "casos particulares de sensibilización al Mercurio en forma orgánica e inorgánica".

Tercero: Que el *Mercurocromo* de acuerdo con la patogenia de la sensibi

lización que se pone en juego, da lugar a manifestaciones locales y sistemáticas bien caracterizadas, a las que nos hemos referido en el curso de este trabajo.

Cuarto: Que si bien es verdad que la mayoría de los autores atribuyen el poder sensibilizante de] *Mercurocromo* al ion *Mercurio*, no faltan los que vinculan ésta al “radical tiosalicílico”, sin que por las razones expuestas en este trabajo, podamos concluir al respecto.

Quinto: Que es indispensable valorizar el Capítulo de las Contraindicaciones de Causa Alérgica cuando se pretenda conocer una droga en sus aspectos terapéuticos y farmacológicos.

Sexto: Que los más inofensivos agentes terapéuticos, cualquiera que sea la vía por la que se administren, pueden adquirir características nocivas por vía del mecanismo de sensibilización.

Séptimo: Que en la terminología habitual debe utilizarse la denominación Dermatitis alérgica por contacto, en lugar de la de Dermatitis por contacto, para dejar

establecidos en la denominación los conceptos etiopatogénicos del proceso.

Octavo: Que es inevitable para la correcta interpretación de los fenómenos que se someten a la consideración del médico en la práctica diaria, tener un concepto cabal de “agentes sensibilizantes” y de “irritantes primarios”.

Noveno: Que no exageramos cuando extremamos los cuidados en la práctica e interpretación de las “pruebas de parches”, cuya sencillez nos hace olvidar en ocasiones, las condicionales mínimas necesarias en que descansa su valor diagnóstico indudable.

Décimo: Que debe atribuirse su verdadero valor, al uso regular y sistemático del Capítulo de Alergia a Drogas de las Historias Clínicas Generales y Especializadas, en lo que al despistaje y profilaxis de estos accidentes se refiere. Yo propongo una encuesta similar a la que a continuación transcribo, que forma parte de la Historia Clínica del Departamento de Alergia del Hospital Infantil “Pedro Borrás Astorga”.

Ha tenido manifestaciones clínicas apreciables y típicas; prurito, urticaria, edemas, rinitis, espasmos bronquial, trastornos digestivos, o eritemas fijos:

en relación con el uso de

Penicilina, dihidroestreptomocina, sueros heterólogos, aminofilina, efedrina, adrenalina, novocaína, pantocaína, aspirina, sulfas, vitamina B-1, insulina, fenobarbital, clorpromazina, mertiolate

estas manifestaciones han sido inmediatas

el medicamento responsable lo ha sido al usarlo por primera vez ó no que tiempo después

del uso del medicamento sospechoso ha tenido accidentes atípicos. Describa sus

características.

Undécimo: Proponer como necesidad impostergable con el mismo propósito, el uso por los *alérgicos a drogas o a medicamentos*, de una tarjeta similar al Modelo que se

reproduce en este trabajo, y que utilizamos en el Departamento de Alergia del Hospital Infantil "Pedro Borrás Astorga", como medio de prevención personal de estos accidentes.

HOSPITAL INFANTIL "PEDRO BORRAS ASTORGA"	
Ministerio de Salud Pública — Servicio de Alergia	
NOMBRE:.....	
HIST. CLINICA No.....	FECHA:
Ha tenido manifestaciones clínicas apreciables (prurito, urticaria, Penicilina, dihidro-estreptomicina, sueros heterólogos, edemas, rinitis, espasmo bronquial, trastornos digestivos, eritema aminofilina. efedrina, adrenalina, novocaína, pantocaína, fijo ----- aspirina, Vitamina B-1, insulina, fenobarbital, clorpromazina, fenergan, neomicina.	

Duodécimo: Proponemos también, que las autoridades responsables de la fase asistencial del ejercicio médico, autoricen en los centros asistenciales a "contramarcas" de manera visible las carátulas de las Historias Clínicas de aquellos enfermos portadores de una de estas condicionales, como medio de profilaxis institucional de los fenómenos que la misma implica.

la carátula de las Historias Clínicas un rótulo que bien pudiera ser el siguiente: *¡Atención! Alérgico a drogas o fármacos*, sistema al que se ha referido en varias ocasiones el compañero Dr. Julio de los Santos, y que, según su información personal, funciona en el Hospital Comandante Fajardo.

BIBLIOGRAFIA

- Armando H. Gómez Echevarría: Importancia Médico-Social de las Enfermedades Alérgicas. Boletín del Colegio Médico de la Habana; XII; 7 Julio de 1961.
- Alexander Fisher: Adelantos en diagnóstico y tratamiento de erupciones medicamentosas. Clínica Médica de Norteamérica. Enfermedades de la Piel. Mayo 1959, página 787.
- E. A. Broten: Problems of Drug Allergy, J.A.M.A., 157:814, 1955, citado por Alexander Fisher.
- Alien: Journal of the American Medical Association 1926, Tomo 87, No. 3, página 202.
- Braash y Bumpus: Journal of Urology, Baltimore 1926, Tomo 15, página 341, citado en Annales Merck, Edición Española, 1928.

Debe ponerse en varias partes visibles de

- The National Formulary. VIII, 1946, p. 321. Arch. Dermat. & Syph. 37:689, April, 1938.
6. —*Landstainer*: The Specificity of Sero-, 16.—*E. F. Traub and R. H. Holmes*: Dermatological Reaction. Springfield. Thomas, 'titis and Stomatitis from the Mercury of 1936. Amalgam Fillings, Arch. Dermat & Syph.
7. —*Sulzberger*: Dermatology Allergy. Springfield, 1938. 38.348. Sep., 1938.
- field III. Thomas, 1940. José Luis Cortés. '17.—*G. H. Belote and D. Marshal*: Metaphen
Alergia Clínica, Tomo II, página 713. Dermatitis. Report of two cases J. Mi-
8. —*R.* *L. Mayor*: The Significance of Croos- chi-kan Soc_ 34*172* March* 1935*
9. —*Burckhardt*: The Urbach 1943, citado por ^{20.}*F. A. Ellis*: The Sensitizing Factor Mer- Salazar Mallen, página 372, La
Alergia en thiolate. J. Allergy 18:212-13, May, 1947. la Teoría y en la Práctica.
10. —*E.* *Umbert y A. Goday*: Dermatosi Pro- Mmly: Qver Xreatment Dert, atitis C
men XLV, No. 1, Marzo, 1959. 22.—*F. A. Ellis and J. M. Robinson*: Cutaneous
11. —*Mitrani*: Alergia al Mercurocromo. Keac* Sensitivity to Merthiolate and other comp-
cion constitucional casi total al contacto ounds. Arch. Dermat & Syph. 46:425, con la Mucosa. Rev. Medicina Cubana, 1942,
57:1, 1946. ^{A(1) n x}
12. —*Julio de los Santos*: La Alergia en Ci-23. *F. A. Ellis*: Possible Danger en Use of rugía. Archivo Hospital Universitario Merthiolate Ophthalmic O-
13. —*F.* *Pascher and M. G. Silverberg*: Hiper- 24.—*M. Mitrani y V. Llan*
- > 15.—*E. R. Groos*: Dermatitis Venenata (Mer- 25.—*Merck*: Index. 1961.

Primer Congreso Sociedad Internacional de Dermatología Tropical Se celebrará en Ñápoles, Italia, Junio 8 al 13 de 1964

Secretario-General del Congreso: DR.
PIETRO SANTOIANI Clínica Dermatológica
del Universita de Napoli Piazza L.
Miraglia. Nápoles. Italia.

Secretario-General de la Sociedad: DR.
FREDERICK REISS M. D. 870 Fifth, Avenue.
New York 21. N.Y.
U.S.A.
HOSPITAL NACIONAL "ENRIQUE CABRERA"