

Victoria ¿“pírrico-terapéutica”?

Eduardo David Poletti,* Rocio Muñoz-Sandoval**

RESUMEN

La práctica clínica tiene implícito el ejercicio autocrítico de conocer nuestras limitaciones, tratando de evitar como fuente permanente de error, la ambigüedad de la información. La victoria pírrico-terapéutica hace referencia a que diversos procederes que intentan ayudar a los pacientes, implican esfuerzos ilimitados y la consecución final es poca. Un modelo médico para esta frecuente reflexión es el vitílico, ya que algunos de los enfermos, aún mejorando en su estado anímico, muestran después de un tiempo considerable, el limitado beneficio de numerosos y variados tipos de tratamientos que se emplearon.

Palabras clave: pirro, victoria pírrica, vitílico.

ABSTRACT

Clinical practice implies a constant exercise to self-criticize our own limitations, trying to avoid the ambiguity of information. Therapeutic-pyrrhic victory refers to the cases when helping the patients imply limitless efforts and the final result is modest. A frequent medical scenario that evokes this reflection is vitiligo. Even if showing improvement in their mental state, some vitiligo patients display slight benefits after numerous and varied treatments have been applied.

Key words: Pirro, Pyrrhic victory, vitiligo.

Lo pírrico (Pirro, rey de Epiro) hace alusión a un triunfo o una victoria obtenidos con más daño del vencedor que del vencido. Es aquél que se ha conseguido con mucho trabajo y el logro es ínfimo, con margen muy pequeño.¹ Se puede concluir que ese triunfo es de poco valor o insuficiente, especialmente en proporción al esfuerzo realizado.²

La historia

En la literatura se cita que había una danza “pírrica” practicada en la Grecia antigua, en la cual se imitaba un combate. Diversas escrituras dan cuenta, también, de que Pirro era un general griego sumamente exitoso, que a veces regresaba triunfante de algunas de sus más épicas batallas.³ Era visionario e intentó en repetidas ocasiones unificar toda la denominada “magna Grecia” bajo su mando, lo que le llevó a enfrentarse a cartagineses y a romanos, de hecho, fue el primer griego en luchar contra la república latina. Así nacieron las famosas “Guerras Pírricas” que tuvieron su origen en una violación por parte de Roma de un antiguo tratado entre esta y la *polis* griega de Tarento, al enviar una flota en ayuda de la ciudad de Turios contra las incursiones de las tribus de Lucania. Los tarentinos atacaron a la flota romana, lo que, pese a intentar solucionarlo diplomáticamente, llevó a la declaración de guerra. Los tarentinos pidieron luego la ayuda a Pirro de Epiro quien aceptó ir en ayuda de Tarento. Así, Pirro marchó una vez sobre Apulia con un ejército de 20 mil hombres a su mando, de donde regresaría tiempo más tarde, triunfante, pero habiendo perdido a más de un tercio de sus guerreros. A partir de allí se acuñó la frase “victoria pírrica”, que

* Profesor de Medicina Interna y Dermatología del Centro Biomédico de la Universidad Autónoma de Aguascalientes. Miembro numerario de la Academia Nacional de Medicina y de la Academia Mexicana de Cirugía.

** Médica y asesora en Investigación Clínica en Dermanorte del Bajío, Aguascalientes, Ags. Profesora de la Cátedra de decisiones críticas en Medicina, Universidad Cuauhtémoc. Aguascalientes, Ags.

Correspondencia: Dr. Eduardo David Poletti. Sierra de Tepoztlán 407, colonia Bosques Prado Sur, Aguascalientes 20127, Ags. Recibido: 25 de mayo, 2010. Aceptado: julio, 2010.

Este artículo debe citarse como: Poletti ED, Muñoz-Sandoval R. Victoria ¿“pírrico-terapéutica”? Med Int Mex 2010;26(5):492-497.

viene a describir aquella lucha en que se llega a la victoria a costa de grandes pérdidas humanas.

De esa forma, el aludido general Pirro fue tejiendo de triunfos su historia guerrera, hasta que, sin ejército que lo defendiera, fue asesinado en Argos en el año 272 aC. Por cierto, es trascendental e irónico recordar el final de ese guerrero en este fragmento que cita: “al entrar en Argos al frente de su ejército una mujer desde lo alto de su casa le arroja una teja con asombrosa puntería”. Resulta que Pirro murió a los 46 años sin pelear, distraído, en un desfile y “por medio de un proyectil proveniente de la mano de una mujer...hecho por demás bochornoso”.³ Para la posteridad, quedaría entonces acuñada la expresión tan usual para calificar aquellas tristemente célebres victorias que “causan más penas que glorias”.

Su aplicación en el área médica

El Código de Hammurabi, creado por el rey de Babilonia en el año 1760 aC, primer ejemplo del concepto jurídico de que algunas leyes son tan fundamentales que ni un rey tiene la capacidad de cambiarlas; eran inmutables y pervive como sustrato de los sistemas jurídicos modernos. Establecieron una pauta de sanciones fundamentadas en los valores morales, diferenciándolas de aquellas en las que se incurría por dolo en la *mala praxis*. Normaban, entre otras cosas, los honorarios de los médicos que variaban según se atendiera a un hombre libre o a un esclavo, haciendo un peculiar distingo,⁴ Louis Lasagna, conocido analítico del Juramento Hipocrático, escribió en 1964 mensajes acertados como: “recordaré que en la medicina hay *arte al igual que ciencia*, y que la cordialidad, simpatía y el entendimiento (léase empatía) pueden tener mayor peso que el bisturí o el fármaco”. “No me avergonzaré de decir ‘no sé,’ ni dejaré de llamar a mis colegas cuando las habilidades de otro se necesitan para la recuperación de un paciente”.⁵

Si desde Hipócrates el paciente era el que no sabía y el médico el que administraba su sabiduría en beneficio del enfermo, ahora son ambas partes las que gestionan de mutuo acuerdo, la incertidumbre que conlleva cualquier acto médico. Bien se ha construido el apotegma que “la medicina es la ciencia de lo incierto y el arte de lo probable”. No olvidemos que de nuestras analogías médicas favoritas son aquellas que heredamos por la inevitable, innegable y tan necesaria influencia “topográfica” surgida de nuestra vecindad, con indiscutible modelo básico para

desarrollar nuestra medicina actual, con Estados Unidos. Ese cariz belicoso y acometedor, de amplia tendencia a “intervenir” activamente bajo cualquier circunstancia, adoptando un espíritu “pseudocastrense” al afirmar que “estamos en pie de lucha y combatimos ferozmente las enfermedades”, que “contraatacamos la pandemia de influenza con vacunas”, que “tenemos guerra declarada contra el cáncer y el VIH” y que damos “muerte a las enfermedades mostrándolo en avasalladoras estadísticas”. En esas apreciaciones clínicas es fácil caer en nuestras *victorias pírrico-terapéuticas*, que quizás al final de cuentas resultan ser la suma de prejuicios, parcialidades, apego a valores sociales, chovinismo nacional y subjetivismo, que está muy lejos de poseer un peso de rigor científico. Porque no hay nada más incierto y arriesgado que no saber interpretar la incertidumbre, porque ésta es un indiscutible componente de nuestra práctica médica. Para conocer los riesgos del mundo moderno y poder tomar decisiones informadas, hay que tener una mínima capacidad de razonamiento probabilístico. Sin embargo, en la escuela no se enseñan las matemáticas de la incertidumbre sino las de la certeza y afirman los conocedores que, “ningún conocimiento puede considerarse propiamente científico hasta en tanto no pueda expresarse matemáticamente”.³

Un ejemplo clínico frecuente

Planteemos en sentido de la práctica clínica diaria y lejos de un análisis reduccionista, el caso de los pacientes que padecen el cada vez más frecuente vitílico.^{6,7} Es un trastorno adquirido de la pigmentación, que ocurre en individuos genéticamente predisuestos y que provoca la aparición de lesiones acrómicas en la piel como consecuencia de la destrucción selectiva de los melanocitos funcionales de la epidermis y de los folículos pilosos. Pensemos en escenarios nada infrecuentes, en que somos copartícipes de una segunda opinión, donde el paciente y sus familiares ya han recibido muchos comentarios que van, en un extremo, desde la fascinación de realizar “el viaje fantástico” y del todo esperanzador para tratarse en Cuba y adquirir un producto comercializado como panacea (léase “melenigena”, de origen supuestamente placentario) hasta el “efluvio depresivo” originado por el desencantamiento, en cuanto algún médico se pronuncia a favor de que “es causa perdida o es consecuencia lógica de un mal de los nervios” y remite al enfermo al psiquiatra.

¿Cómo cuantificaríamos el daño emocional que le produce a un paciente, el que se estén despintando progresivamente varios segmentos de su piel? ¿Le interesaría a ese paciente saber la opinión que emitimos, con un dejo de abstracción? ¿Le dará el mismo valor a tener minúscula acromía en el párpado o en el dedo índice de la mano diestra (y que todos quienes le rodean se enterarían a primera vista), que una de más de 10 cm en el abdomen? ¿Qué avalancha de especulaciones se cierne en una pareja cuando aparece un tono acromiante a nivel de genitales o en la piel perianal? ¿Cómo podríamos entonces medir o cuantificar los fenómenos específicamente humanos?, ¡vaya lío en el que estamos con esa tendencia “metromaniaca” que prevalece desde el siglo XIX! Nos consta que el vitílico, a pesar de su naturaleza benigna, ha estigmatizado desde la antigüedad a sus portadores (quienes tienen evidente temor a la discriminación), y en la actualidad, su reconocimiento como una enfermedad idiopática adquirida o heredada caracterizada por la pérdida de melanina y de melanocitos funcionantes no ha evitado que siga repercutiendo de forma muy notable en la calidad de vida de los pacientes.⁸

Esta enfermedad afecta entre 0.1-2% de la población mundial, puede iniciarse a cualquier edad, aunque lo más frecuente es que lo haga en la segunda década de la vida. En 30% de los pacientes existen familiares de primer grado con la enfermedad.⁹ Los estudios genéticos indican una herencia no mendeliana, poligénica y multifactorial. Desde el punto de vista clínico, la clasificación más reciente distingue dos formas de vitílico. En primer lugar, el vitílico no segmentario y bilateral (tipo A) de inicio a menudo lento, de curso impredecible y crónico y en el que las alteraciones inmunológicas (diabetes mellitus, alteraciones tiroideas, anemia perniciosa y enfermedad de Addison) parece que dominan el escenario patogénico. En segundo lugar, el vitílico segmentario (tipo B), unilateral, que se desarrolla en niños en el que son característicos: inicio rápido, ausencia de progresión y estabilidad.^{10,11}

De acuerdo con este enfoque clínico patogénico, las estrategias terapéuticas se dirigen, en primer lugar, a detener la despigmentación y, por otra parte, a estimular los melanocitos residuales de la piel vecina o del reservorio folicular para conseguir la repigmentación. Su prevalencia lo hace un proceso patológico frecuente en la consulta diaria, para la cual está disponible una amplia gama de

opciones terapéuticas, que buscan la repigmentación de la piel afectada, mediante su uso tópico, sistémico o quirúrgico.

Habrá que insistir que hay un subgrupo de pacientes que presenta formas muy extensas de la enfermedad. Estos casos constituyen un reto para cualquier clínico, considerando las escasas opciones de manejo disponibles que puedan brindar una respuesta exitosa. Es un proceso cutáneo de causa desconocida en el que no existe un tratamiento con tasas de eficacia elevadas.¹² Las densidades de folículos pilosos y de melanocitos en las diversas áreas del cuerpo, junto con otros factores hasta ahora desconocidos, determinan que la cara y el cuello sean las zonas en las que los tratamientos consiguen una mejor repigmentación, seguidas por el tronco y la parte proximal de las extremidades y, finalmente, las zonas acrales, en las que la repigmentación es difícil. Puede ocurrir repigmentación espontánea en 6-44% de los pacientes, sobre todo en zonas expuestas. ¿Lo daremos a conocer esto a los pacientes antes de iniciar cualquier intento de tratamiento? La ausencia de un método universal estándar que evalúe las características de la enfermedad (extensión, gravedad y progresión) dificulta la comparación de los resultados entre los distintos estudios que se han llevado a cabo. En este sentido, la incorporación del Vitiligo Area Scoring Index y la escala VETF (Vitiligo European Task Force) para estimar el grado de mejoría en la repigmentación por parte del paciente, contribuirán, sin duda, en la validez de los estudios que se realicen en el futuro.¹³

Alcances y limitaciones terapéuticas

Las opciones médicas para el tratamiento del vitílico incluyen la fototerapia en sus diversas modalidades (UVA, UVB con o sin sustancias fotosensibilizantes). La fotoquimioterapia (PUVA) con 8-metoxipsoraleno ultramiconizado y la modalidad de fototerapia de banda estrecha con UVB han sido reconocidos, desde hace algunos años, como el mejor tratamiento en las formas extensas.¹⁴⁻¹⁶ Bajo esta premisa, las expectativas especialmente con el empleo de PUVA-terapia podrían resumirse así: de cada 10 pacientes sometidos a tratamiento con PUVA-terapia, siete obtendrán un cierto grado de repigmentación después de un año. Sin embargo, sólo en cuatro, esta repigmentación alcanzará 75% del área afectada y podrá considerarse, por tanto, cosméticamente aceptable, siendo completa sólo en 20%.¹⁷⁻¹⁹ De entre aquellos que respondan, cabe esperar una

recaída hasta en 75% pasado uno o dos años. El principal inconveniente asociado con cualquiera de las fototerapias es que, de no existir un control estricto por especialista, tienen potencial desarrollo de efectos secundarios; el más importante es su carcinogenicidad.²⁰⁻²²

De este modo, se calcula que 15-20% de los pacientes a quienes se aplica PUVA-terapia presentarán intolerancia oral a los psoralenos y efectos adversos a corto plazo en forma de eritema, prurito, xerosis e intensa pigmentación de la piel no afectada, lo que acentúa el contraste con respecto a las zonas de leucoderma. Teniendo en cuenta que el tratamiento se prolongará durante meses o años, debe considerarse además la posibilidad de que aparezcan efectos secundarios a largo plazo por el uso de glucocorticoides tópicos o sistémicos (que frecuentemente el paciente se aplica por su cuenta por mucho tiempo, sin apego a seguimiento clínico con todas sus consecuencias (Figuras 1 y 2). En otras ocasiones, la acromía es total o se encuentra en zonas por demás “intratables” (Figuras 3 y 4).

Los tratamientos quirúrgicos pretenden restaurar una concentración suficiente de melanocitos en las lesiones acrómicas capaz de conseguir una repigmentación parecida a la piel normal. Los pacientes con un vitílico estable localizado que no responde al tratamiento médico son los principales candidatos.^{7,12,23} La variante segmentaria responde generalmente bien al tratamiento quirúrgico y es una de las principales indicaciones; una excepción es el tipo “tricrómico” que por estadística no responde a ningún tratamiento.^{8,10,24} (Figura 5)



Figura 1. Vitílico segmentario en un púber, se muestran las consecuencias por el uso crónico (o frecuentemente autoadministrado) de corticoides tópicos.



Figura 2. A mayor detalle, se observa la extensa zona de atrofia cutáneo-esteroidea comparada con la escasa repigmentación folicular conseguida.



Figura 3. Afección vitílicoidea con patrón de distribución segmentaria en el pene y el prepucio, con resistencia a todas las modalidades de tratamiento.



Figura 4. Piel de periano, afección frecuente e inadvertida por los pacientes. El tratamiento es difícil y frecuentemente fútil.



Figura 5. Variante “tricrómica” que afecta dos dermatomos, en la cintura, muy resistente a los tratamientos.

Las modalidades quirúrgicas son los mini injertos (sa-
cabocados), los injertos dermoepidérmicos delgados, los
injertos epidérmicos por ampollas de succión, el trasplante
de melanocitos mediante suspensiones de melanocitos no
cultivados o bien, mediante suspensiones de melanocitos y

queratinocitos cultivados *in vitro* y los injertos foliculares.
Ninguno de estos tratamientos asegura la repigmentación
ni está exento de riesgos, por lo que cualquier tratamiento
que ofrezca cierta eficacia debe ser valorado atendiendo
al criterio de riesgo-beneficio.^{7,10,12}

Con el tratamiento del vitíligo tradicionalmente se bus-
ca la repigmentación de las áreas afectadas, ya sea médica
o quirúrgicamente. Cuando el deterioro supera el 50% de la
superficie cutánea, el tratamiento de despigmentación está
indicado.^{7,13} Las diferencias en el diseño de los estudios
limitan con frecuencia la evidencia en el análisis de la
eficacia de los distintos tratamientos para la enfermedad.
Un punto clave en este sentido es el pequeño número de
pacientes que se incluyen en la mayoría de los estudios,
que a menudo son estudios piloto de casos clínicos y de
cuyos resultados sólo puede extraerse una tendencia. En
general, no parece haberse encontrado relación entre las
perspectivas de respuesta y variables como el sexo, la
edad, el fototipo, el tiempo de evolución de la enfermedad
y el porcentaje de piel depigmentada, incluso cuando se
emplean fármacos tan aceptados mundialmente para este
fin, como el tacrolimus.^{7,10, 25,26}

CONCLUSIÓN

Por lo dicho, más que paternalismo y juramentos, prome-
sas insulsas y mal habidas, lo que la medicina necesita
es el compromiso moral de médicos y pacientes, y que
la sociedad entera profundece en la saludable cultura del
pactismo para conciliar sus respectivos derechos y debe-
res. Mencionaba Jean Paul Sartre: “una vez que escuchas
los detalles de la victoria, es difícil distinguirla de la
derrota”. Habrá quien considere que el adjetivo “pírrico”
está mal traído en el contexto médico desde el punto de
vista gramatical, ya que no puede usarse como sinónimo
de “insuficiente”.

Luego entonces, victoria pírrico-terapéutica significaría
que el éxito que se obtuvo es insignificante para el desplie-
gue de recursos que se empleó para ello; significa que el
triunfo dejó tan exhausto al vencedor que pudiera ser víctima
fácilmente de una nueva arremetida del derrotado; significa
también que el triunfador sufrió graves daños (cuando me-
nos morales), tantos como los de su adversario, por lo que
no le quedan ni siquiera ganas, y menos fuerzas.

No podremos aducir en todos los enfermos una razón
lógica del porqué puedan o no responder a nuestros tra-

tamientos, dependerá con mucho del médico dotarlos de un sentido y será individualizable, en un *afán no pírrico* de ofrecer el “menú” de opciones terapéuticas ajustables a su realidad y no a sus expectativas, aún con todas sus limitaciones. Aún teniendo en claro que la interpretación médica de los signos que ofrece un padecimiento es una inferencia, hemos desglosado el ejemplo de los pacientes con vitílico, habiendo aprendido que en los pacientes con alteraciones discrómicas cutáneas, la signología “grita” grotescamente y los enfermos tienen manifestaciones impredecibles o inexplicables, de muy alta repercusión psicológica.

Para quienes atendemos frecuentemente a estos pacientes, desde un punto de vista crítico, podría afirmarse que el mecanismo de acción de las distintas alternativas aquí desglosadas es, probablemente, indirecto y mediado por la capacidad de estos tratamientos de influir sobre el sistema neuro-psico-endocrino-inmuno-cutáneo.

La mediocridad de los porcentajes que catalogamos como “excelentes”, invita a la reflexión acerca de lo lejos que están aún las posibilidades de la medicina de las exigencias y deseos de los pacientes. Aquél que acepte el modelo analógico de “enfrentar batallas”, puede comentar con sus pacientes las historietas del rey Pirro.

Esto daría muestra que el autoritarismo paternalista del médico de antaño se va desvaneciendo y ya no es funcional en este siglo. Victorias de esta naturaleza llevarían al Rey del Epiro, el tan aludido Pirro (o a quien quiera pensar en la omnipotencia de los tratamientos), a afirmar que luego de una de esas jornadas gloriosas y, en analogía al tipo de tratamiento del vitílico en zonas que nunca responderán: “otra victoria como ésta y no sé con quién regresaré al Epiro; sí, otra victoria así y estaremos perdidos...”

REFERENCIAS

1. Larousse. Diccionario enciclopédico usual. 4^a ed. México: Ediciones Larousse, 2008;p:565.
2. Diccionario de la Lengua Española. Real Academia Española. 20^a ed. México: Espasa-Calpe, 1995;p:1770.
3. El pequeño Larousse Ilustrado 2010. La pequeña enciclopedia. 1^a ed. México: Larousse, 2010;p:84-87.
4. López de la Peña X. Los derechos del paciente. 1^a ed. México: Trillas, 2000;p:37-46.
5. Lasagn L. Hippocratic Oath-Modern Version”. WGBH Educational Foundation for PBS and NOVA Online, 1964. http://www.pbs.org/wgbh/nova/doctors/oah_modern.html. Consultado el 9 de febrero, 2010
6. Garcia-García C. Lesiones de la pigmentación cutánea. Medicine 2010;10 (48):3195-3203.
7. Whitton ME, Pinart M, Batchelor J, Lushey C, Leonard-Bee J, et al. The Cochrane Collaboration. The Cochrane Library. New York: John Wiley & Sons, 2010;1: 2-136.
8. Seung-Kyung Hann, Nordlund JJ, Lerner AB. Vitílico. New York: Blackwell Science, 2010;p:2-6, 18-20, 35-48, 70-75 y 193-201.
9. Kovacs SO. Vitílico. J Am Acad Dermatol 1998;38:647-666.
10. Mazereeuw-Hautier J, Bezio S, Mahe E, Bodemer C, et al. Segmental and nonsegmental childhood vitílico has distinct clinical characteristics: A prospective observational study. J Am Acad Dermatol 2010;62:945-949.
11. Rezaei N, Gavala NG, Weetman AP, Kemp EH. Autoimmunity as an aetiological factor in vitílico. J Eur Acad Dermatol Venereol 2007;21:865-876.
12. Whitton ME, Ashcroft DM, Gonzalez U. Therapeutic interventions for vitílico. J Am Acad Dermatol 2008;59:713-717.
13. Taïeb A, Picardo M, VETF Members. The definition and assessment of vitílico: a consensus report of the Vitílico European Task Force. Pigment Cell Res 2007;20:27-35.
14. Singh G, Ansari Z, Dwivedi R. Vitílico in ancient Indian medicine. Arch Dermatol 1974;109:913.
15. Gupta AK, Anderson TF, Arbor A. Psoralen photochemotherapy. J Am Acad Dermatol 1987;17:703-734.
16. Drake LA, Dinehart SM, Farmer ER, Goltz RW, et al. Guidelines of care for vitílico. J Am Acad Dermatol 1996;35:620-626.
17. Parrish JA, Fitzpatrick TB, Shea C, Pathak MA. Photochemotherapy of vitílico. Use of orally administered psoralens and a high-intensity long-wave ultraviolet light system. Arch Dermatol 1976;112:1531-1534.
18. Al-Aboosi MM, Zuhair AA. Oral photochemotherapy in vitílico: follow-up, patient compliance. Int J Dermatol 1995;34:206-208.
19. Wildfang IL, Jacobsen FK, Thestrup-Pedersen K. PUVA treatment of vitílico: a retrospective study of 59 patients. Acta Derm Venereol 1992;72:305-306.
20. Westerhof W, Nieuweboer-Krobotova L. Treatment of vitílico with UV-B radiation vs topical psoralen plus UV-A. Arch Dermatol 1997;133:1525-1527.
21. Stern RS, Thibodeau LA, Kleinerman RA. Risk of cutaneous carcinoma in patients treated with oral methoxalen photochemotherapy for psoriasis. N Engl J Med 2008;300:809-813.
22. Shaffrali FCG, Gawkrodger DJ. Management of vitílico. Clin Exp Dermatol 2000;25:575-579.
23. Gawkrodger DJ, Ormerod AD, Shaw L, Mauri-Sole I, et al. Guideline for the diagnosis and management of vitílico. Br J Dermatol 2008;159:1051-1076.
24. Salzer B, Schallreuter K. Investigation of the personality structure in patients with vitílico and a possible association with catecholamine metabolism. Dermatology 1995;190:109-115.
25. Kent G, Al-Abadie M. Factors affecting responses on Dermatology Life Quality Index items among vitílico sufferers. Clin Exp Dermatol 1996;21:330.
26. Silverberg NB, Lin P, Travis L, Farley-Li J, et al. Tacrolimus ointment promotes repigmentation of vitílico in children: a review of 57 cases. J Am Acad Dermatol 2004;51:760-766.