

## Probables casos de Alergia Endocrínea

Por los doctores Miguel Agustín Solari y Guido Ruiz Moreno y la Profesora señora María Neli G. de Fernández. Buenos Aires. Argentina.

Nos complace publicar el presente trabajo determinado por la reciente publicación de nuestro colaborador, el doctor Climaco Alberto Vargas, sobre Alergia Hormónica.

### *Objeto.*

Por respecto a una terminología utilizada por autores de indiscutible valor, repetimos en este trabajo la expresión "Alergia Endocrina", pero dejamos constancia de que, en nuestra opinión, no es adecuada para referirse a fenómenos alérgicos en los que las hormonas desempeñan el papel de alergenos. En realidad "Alergia Endocrina" corresponde a los fenómenos alérgicos localizados en las glándulas de secreción interna; significa que el órgano de "shock" es alguna parte del sistema endócrino. Cuando un hormón actúa como alergen debería utilizarse la expresión "alergia hormonal" y si se trata de un hormón que se produce en el mismo organismo a quien enferma, correspondería decir "*alergia hormonal autógena*". Este trabajo es en realidad un estudio hecho sobre probables casos de alergia hormonal autógena; es además una simple "nota previa", casuística, de un trabajo de mayor envergadura en plena evolución. Se presentan aquí tres casos en los que el resultado terapéutico exitoso impone una seria meditación para tratar de comprenderlo; de ahí que este trabajo lleve en el título la palabra "probable", que es prudente y la única que nos hemos permitido utilizar.

*Método.*

Hemos tomado tres enfermas en edad de actividad hormonal sexual, con síntomas clínicos que presentaban intensa peoria clínica pre-menstrual, evidentemente relacionada con algún factor hormonal, sea por acción directa o mediata. A las tres se les inyectó, intradérmicamente, y en cantidad suficiente como para producir una pequeña pápula, tres aceites vegetales y tres hormonas heterogéneas en solución en esos mismos tres aceites. Las enfermas y las reacciones cutáneas fueron observadas, día por medio, durante 1 mes, objetivando cada caso mediante curvas en un sistema de coordenadas. Pudieron, así, anotarse las reacciones recurrentes pre-menstruales y las reacciones tardías, de 24 y más horas, desde la iniciación de las pruebas.

El material utilizado (agradecemos a los Laboratorios Ciba su colaboración al facilitarnos generosamente los hormonas utilizados en este trabajo); dipropionato de estradiol (ovociclina), progesterona (lutociclina) y propionato de testosterona (perandren) ha sido el siguiente:

Aceite puro de oliva.

Aceite puro de maní.

Aceite puro de girasol.

Dipropionato de estradiol en aceite puro de oliva, 1 mg./cc.

Dipropionato de estradiol en aceite puro de maní 1 mg./cc.

Dipropionato de estradiol en aceite puro de girasol, 1 mg./cc.

Propionato de testosterona en aceite puro de oliva, 5 mg./cc.

Propionato de testosterona en aceite puro de maní, 5 mg./cc.

Propionato de testosterona en aceite puro de girasol, 5 mg./cc.

Progesterona en aceite puro de oliva, 5 mg./cc.

Progesterona en aceite puro de maní, 5 mg./cc.

Progesterona en aceite puro de girasol, 5 mg./cc.

En cada enferma se hicieron, por lo tanto, doce pruebas cutáneas intradérmicas en la parte externa de uno de los brazos. El tratamiento se hizo mediante inyecciones subcutáneas de dosis pequeñas (1/20 de cc.) y crecientes de los aceites y hormonas en aceites que habían dado la máxima reacción cutánea.

- La síntesis de las historias clínicas es la siguiente:

*C. del G. mujer de 28 años, casada (ficha 78833).*—Desde hace 9 años sufre de dermatosis pápulo-vesicular dishidrosiforme en el

dorso de ambas manos formando placas de límites netos; vesículas puntiformes pruriginosas. Sintomatología permanente con peoría pre-menstrual y menstrual.

No se encontró alérgeno alguno que pudiese autorizar diagnóstico de dermatosis alérgica. Todos los tratamientos inespecíficos fracasaron. Se hizo el estudio cutáneo con hormonas; cuyo resultado consta en el cuadro. Se inició tratamiento con 1/20 de cc. de progesterona en aceite puro de oliva, y dipropionato de estradiol en aceite puro de oliva, obteniéndose la curación en pocas semanas. Suspendido el tratamiento reapareció la dermatosis, la que fué nuevamente curada con dosis adecuadas de hormonas en aceite de oliva. Se mantiene tratamiento de sostén (1/20 de cc. cada un día por medio) por que frena la reaparición de los síntomas.

*D. B. mujer, 29 años, soltera (ficha 68501).*—Febrícula (entre 37° C y 38° C axilar). Desde hace 8 años, vespertina, permanente, sin causa conocida; ligera peoría pre-menstrual (algunas décimas de temperatura más que lo habitual). Menstruaciones dolorosas e irregulares que se normalizan con adecuados tratamientos hormonícos. No hay datos sobre la alteración de la febrícula durante esos tratamientos. No se encontrarán alérgenos causales que autoricen a hacer un diagnóstico de febrícula por alergia. Se inició el estudio cutáneo con hormonas en aceites, cuyo resultado consta en el cuadro.

Se hizo tratamiento con progesterona en aceite de maní y dipropionato de testosterona en aceite de oliva; después de 10 dosis sin obtener mejoría alguna, se resolvió inyectar dipropionato de estradiol en aceite de maní con lo cual se obtuvo 24 horas después, desaparición de la temperatura y de los demás síntomas de la febrícula. Continuando el tratamiento de la enferma ha pasado varias semanas sin febrícula, por primera vez desde hace 8 años. Dosis máxima inyectada: 3/20. Continúa bien hasta el momento actual.

*R. R. mujer, 19 años, soltera (ficha 520).*—Alergia por polvo de habitación y alimentos. Mediante adecuado tratamiento específico de los alérgenos pasó períodos de efectiva mejoría de su rino patía y Asma Alérgica.

Siempre notó peoría pre-menstrual. Hizo tratamiento dietético y hormoníco para corregir el exceso de peso corporal, a consecuencia del cual quedó sin menstruación durante cinco meses. Al iniciar el estudio hormonal ya la función había retornado. En razón de que a pesar de tener bien controlados los alérgenos inhalantes de ingestión y no haber podido probar la existencia y acción de otros, la enfer-

ma estaba con Asma casi diariamente, se resolvió hacer pruebas cutáneas hormonales; los resultados constan en el cuadro.

Se inició tratamiento con 1/20 de cc. de aceite puro de maní y 1/20 de cc. de propionato de testosterona en aceite puro de girasol, administrada día por medio. Mejoró desde la primera inyección y quedó curada del asma en pocas semanas. Dosis máxima inyectada: 5/20 de cc. de cada uno. Suspendido el tratamiento se reiniciaron ligeros síntomas, los que fueron curados en la continuación del tratamiento mencionado. Inyectando 3/20 de cc. de cada uno una vez por semana. Después de tres meses de tratamiento se dió de alta.

### Resultados.

En el siguiente cuadro se objetivan los resultados cutáneos obtenidos mediante la inyección intradérmica de las sustancias arriba mencionadas. Las reacciones inmediatas observadas han sido todas de tipo "inespecífico" en cambio fueron características las del tipo "tardío", de 24 horas o días después de hecha la inyección. Las cruces señalan resultados positivos y las rayas resultados negativos. Por falta momentánea de material no se pudieron efectuar algunas pruebas, las que se señalan en el cuadro. Los resultados terapéuticos constan en el comentario sintetizado, de cada caso clínico.

|        | Aceite Maní | Aceite girasol | Aceite Oliva | Propionato etílico en maní | DE en girasol | DE en oliva | Testosterona en maní | T en girasol | T en oliva | Testosterona en maní | P en girasol | P en oliva |
|--------|-------------|----------------|--------------|----------------------------|---------------|-------------|----------------------|--------------|------------|----------------------|--------------|------------|
| R R    | +           | +              | +            | +                          | +             | +           | +                    | +            | +          | +                    | +            | -          |
| C de G | +           | +              | +            | +                          | +             | +           | +                    | no se hizo   | +          | +                    | no se hizo   | +          |
| D B.   | +           | +              | +            | +                          | -             | -           | +                    | -            | +          | +                    | +            | +          |

### Comentario.

No tenemos pruebas de que los éxitos obtenidos en estas tres enfermas hayan sido consecuencia del mecanismo de acción puesto en juego cuando hacemos tratamiento específico, de un síndrome seguramente alérgico. En algunos casos no mencionados en esta nota previa, hemos observado peorías específicamente provocadas con los aceites y las hormonas en aceites que hemos utilizado; se trataba de casos

semejantes a los aquí comentados. El que nuestras enfermas sean alérgicas a hormonas autógenas es solamente una probabilidad, en cuyo favor abogan: a) la positividad de pruebas cutáneas específicas; b) el resultado de un tratamiento específico, y c) las peorías específicamente provocadas por sustancias que en cualquier cantidad no provocan normalmente, en individuos de la especie humana, los síntomas mencionados.

Todo esto no es suficiente para hacer diagnóstico en nuestros enfermos de "*Alergia Endócrina*" (en realidad "*Alergia hormonal autógena*") que Zondek y Bromberg (1) mencionaron por primera vez en su trabajo "Endocrine Allergy. Allergic sensitivity to endogenous hormones".

Aunque estemos seguros de que las reacciones cutáneas y los resultados terapéuticos obtenidos sean consecuencia de la especificidad, no hay seguridad que en nuestros casos se trate de alergia producida por los hormonas propias del individuo. Los síntomas podrían ser consecuencia de alergia a radicales idénticos existentes en esteroides de los aceites de consumo diario en la alimentación habitual. En este caso hipotético se trataría de alergia exógena alimenticia con manifestación provocada por sustancias autógenas hormonales que contienen radicales químicos *alérgicamente relacionados* con los de origen exógeno que provocaron el estado de alergia. Esto por supuesto, es solamente una hipótesis.

Las reacciones paradójales observadas por Marsiaj (2) y Solari y Wainfeld (3) tendrían una explicación parecida. Las pruebas cutáneas positivas y éxitos terapéuticos obtenidos por nosotros con inyección de aceites vegetales puros, sin contenido hormonal (que no constan en esta nota previa), nos permiten sospechar que los esteroides de los aceites vegetales juegan algún papel en el funcionalismo endocrino, el cual no es actualmente bien conocido. Pensamos además, por observaciones nuestras que tampoco constan en este trabajo, que la solución de hormonas en aceites vegetales implica la posibilidad de creación de nuevas sustancias (probables alérgenos) por combinación de radicales de los hormonas con radicales de los esteroides de los aceites. De ahí que pensamos que no es prudente por ahora hablar de alergia por aceites ni asegurar una alergia hormonal autógena, habiendo tantas posibilidades aún en estudio. Ni negamos ni aceptamos la totalidad de las conclusiones a que llegó Zondek; ni creemos ni dejamos de creer en ellas. Nos estamos tomando tiempo, hasta que las observaciones de otros o las nuestras nos permitan conclusiones definitivas.

## BIBLIOGRAFIA

1) *Zondek B. y Bromberg Y. M.*—"Endocrine Allergy. Allergic sensitivity to endogenous hormones". *J. Allergy*, 1945, 16, 1.

2) *Marsiaj N.*—"Alergia Endócrina" *Alergia (Buenos Aires)* 1949, 3, 41.

3) *Solari, M. A. y Wainfeld, S.*—"Respuesta aparentemente paradójal en la testificación con alergenos del tipo de los endógenos". *Alergia (Buenos Aires)*. Tomo 3 Nº 1.

También se consultó *Newton Guimarães*: "Contribuicao ao estudo da alergia endocrina". *Rev. Brasil Med.* 1949, 6, 153.