

Hutchinson (1828-1913), su historia, su tríada y otras tríadas de la medicina

PABLO YOUNG, BÁRBARA C. FINN,
DÉBORA PELLEGRINI, JULIO E. BRUETMAN

Hutchinson and his history

The prolific life of Jonathan Hutchinson is reviewed. The importance of triads, a set of signs and symptoms that lead to the suspicion of the presence of one or more clinical entities, that are a demonstration of associative thinking, is also discussed. Nowadays, when technology plays a very important role in medicine, we would like to underscore the value of history taking and physical examination as useful clinical tools.

(Rev Med Chile 2010; 138: 383-387).

Key words: History of Medicine; Medical history taking; Physical examination.

Servicio de Clínica Médica,
Hospital Británico de Buenos
Aires, Argentina.

Recibido el 15 de junio de
2009, aceptado el 22 de enero
de 2010.

Correspondencia a:
Pablo Young
Hospital Británico.
Perdriel 74 (1280) Buenos
Aires, Argentina.
Tel: 5411-43096400.
Fax: 5411-43043393.
E-mail: pabloyoung2003@
yahoo.com.ar

Perspectiva histórica

Sir Jonathan Hutchinson (Figura 1) nació en Selby, Yorkshire, Inglaterra, el 23 de julio de 1828¹. Durante sus estudios iniciales de medicina en la Small York School, quedó impactado por las enseñanzas de Thomas Laycock, quien más tarde fuera profesor en Edinburgo. En 1850 se trasladó a Londres para graduarse en la Escuela de Medicina del St. Bartholomew's Hospital, y al poco tiempo fue el médico más consultado de Londres, dado su amplio conocimiento en todos los campos de la medicina². En esta escuela, Hutchinson fue influenciado y ayudado por su mentor, Sir James Paget (1814-1899), quien lo acompañó en la evaluación de los pacientes ambulatorios e internados. Al igual que Paget, Jonathan Hutchinson fue nombrado Caballero del Imperio Británico en 1908³. Era tan grande el respeto que Paget le tenía por la habilidad con que resolvía aun los casos más complicados, que habitualmente le enviaba pacientes para una segunda opinión^{3,4}. Fue una personalidad médica reconocida internacionalmente. Promovido por McWhinnie, trabajó como dermatólogo en el Blackfriars Hospital. Por otro lado, se desempeñó como oftalmólogo en el Royal London Ophthalmic Hospital y como especialista

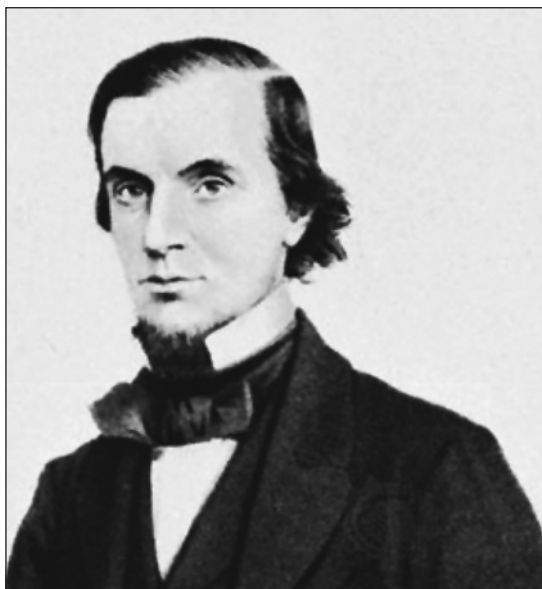


Figura 1. Jonathan Hutchinson.

en enfermedades infecciosas en el Lock Hospital. Desarrolló su labor de clínico en el London Chest Hospital y cirujano general (esta vez alentado por Paget) en el London and Metropolitan Hospitals. Fue presidente de la *Hunterian Society* en 1869 y



Figura 2. Jonathan Hutchinson.

1870, de la *Pathological Society of London* en 1879, de la *Ophthalmological Society of the United Kingdom* en 1883, de la *Neurological Society* en 1887, del *Royal College of Surgeons* en 1889, de la *Medical Society of London* en 1892, de la *Royal Medical and Surgical Society* entre 1894 y 1896 y presidente del Congreso Internacional de Dermatología en 1896¹⁻⁴. También fue editor en jefe del *British Medical Journal (BMJ)* y entre los años 1890 y 1900 escribió artículos que aparecieron trimestralmente en el *Archives of Surgery*. Publicó más de 1.200 artículos médicos³.

De personalidad oscura, indiferente, cerrada, sin humor, apegado a las tradiciones religiosas (miembro de una familia de cuáqueros). Tenía una figura longilínea y barba larga, aun cuando en esos tiempos ésta ya no se usaba (Figura 2). Gran observador y recolector de datos, fue uno de

los clínicos más brillantes de su época, excelente profesor y maestro de la medicina⁴. Según W.B. Bean, de existir un Premio Nobel para Maestros, Jonathan Hutchinson lo hubiera merecido⁵.

En enero de 1869, un paciente de 58 años, el señor John W. Mortimer, visitó al Dr. Hutchinson en el Blackfriars Hospital, por unas placas purpúreas de crecimiento gradual desde los dos años previos, que se ubicaban simétricamente en los muslos y las manos. Estas lesiones eran indoloras y nunca se ulceraban, a diferencia del lupus vulgar, por lo que en un principio Hutchinson le dio a esta entidad el nombre del paciente llamándola “enfermedad de Mortimer”. En 1877 Hutchinson publicó el caso bajo el título “*Case of livid papillary psoriasis*”⁶, siendo la primera descripción de sarcoidosis (del griego: condición similar a la carne) con afectación cutánea, hoy conocida como enfermedad de Besnier-Boeck-Shaumann.

Además de la sarcoidosis (Tabla 1), en 1858 describió la tríada de la sífilis congénita que lleva su nombre, que consta de queratitis intersticial, sordera y “dientes de Hutchinson”.

Describió la pupila de Hutchinson-Boeck en 1865 (la pupila del lado de la lesión está midriática y fija debido a una lesión del III par, mientras que la contralateral se contrae al estímulo lumínico) y la progeria (envejecimiento precoz o síndrome de Hutchinson-Gilford) en 1886. En 1896 reportó 2 hermanas con máculas pigmentadas en los labios y mucosa yugal, entidad que después se llamó síndrome de Hutchinson-Weber-Peutz y cuando las lesiones pigmentadas se asocian a pólipos hamartomatosos del intestino delgado constituyen el síndrome de Peutz-Klostermann-Touraine-Jeghers¹⁻⁴.

Jonathan Hutchinson fue el primero en describir la arteritis de la temporal, en 1889, hoy llamada enfermedad de Hutchinson-Horton-Gilmour-Magath-Brown. Además describió la balanitis atrófica, el lentigo maligno, el eczema dishidrótico, la degeneración macular de coroides o enfermedad de Hutchinson-Tay (degeneración senil de coroides con pérdida visual progresiva, con manchas amarillentas alrededor de la mácula). A nivel corneal describió un área de neovascularización de color salmonado que observó en la queratitis sifilítica la cual se conoce como parche de Hutchinson².

Describió en la oftalmoplejía externa progresiva o enfermedad de Von Gräfe-Fuchs, la

Tabla 1. Cronología de las descripciones de Jonathan Hutchinson

| Año | Descripción de enfermedad, síndrome, signo o procedimiento |
|------|--|
| 1858 | Tríada de la sífilis congénita |
| 1865 | Pupila de Hutchinson-Boeck |
| 1865 | Descripción de lo que hoy se conoce como síndrome de Claude Bernard-Horner |
| 1874 | Primera cirugía de intususcepción |
| 1877 | Hutchinson describe la sarcoidosis |
| 1878 | Prurigo de verano |
| 1882 | Varicela gangrenosa |
| 1883 | El edema sólido de la cara después de la erisipela |
| 1886 | La progeria |
| 1889 | La hiperqueratosis por arsénico |
| 1889 | Arteritis de la temporal |
| 1889 | Balanitis atrófica |
| 1889 | El lentigo maligno |
| 1889 | El eczema dishidrótico |
| 1889 | La degeneración macular de coroides |
| 1889 | Parche de Hutchinson |
| 1889 | Papa de Hutchinson: tumor del cuerpo carotídeo |
| 1889 | Facie de Hutchinson |
| 1889 | La melanosis de Hutchinson o síndrome de Dubruilh-Chambardel |
| 1889 | Máscara de Hutchinson |
| 1889 | Tumor melanótico del lecho ungueal |
| 1890 | Los nódulos en jalea de manzana del lupus vulgar |
| 1890 | El angioma serpinginoso |
| 1892 | Reconoció la morfea y la esclerodermia |
| 1896 | Máculas pigmentadas en los labios y mucosa yugal |
| 1896 | Acroesclerodermia: reconoció la asociación entre el fenómeno de Raynaud y la esclerodermia |
| 1897 | Neuroblastoma con metástasis craneales o en órbita |
| 1897 | Ulceración del eritema indurado de Bazin |
| 1899 | El queratoacantoma (úlceras crateriformes de la cara) |

facies de Hutchinson o mirada de astrónomo o de adorador de la luna. La melanosis de Hutchinson o síndrome de Dubruilh-Chambardel es una condición previa al melanoma que consta de lesiones pequeñas en la piel de la cara, marrón oscuro o sepia^{2,4}.

Describió en la neurosífilis la sensación subjetiva de sentir la cara cubierta con algodón (máscara de Hutchinson), y el síndrome melanótico de Hutchinson o síndrome de Hutchinson III (tumor melanótico del lecho ungueal). También se llama síndrome de Hutchinson, cuando el neuroblastoma (tumor de Hutchinson-Abercrombie) presenta metástasis craneales o en órbita y síndrome de Pepper cuando éstas se encuentran en el hígado. Describió lo que se dio a llamar variedad de Hutchinson del eritema indurado de Bazin, que es cuando en su evolución éste se ulcera. Por último, también describió, en 1865, lo que hoy se conoce como síndrome de Claude Bernard-Horner (que fuera descrito por Bernard en 1858 y Horner en 1869, si bien se sabe que lo describieron otros autores previamente, como François Pourfour du Petit y Edward Selleck Hare)¹⁻⁴.

Entre las teorías erróneas sobre la etiopatogenia de las enfermedades, creía que la lepra (enfermedad de Hansen) aparecía por la ingestión de pescado en mal estado y que la urticaria pigmentosa que él describiera junto a Nettleship, la producía la picadura de insectos².

Uno de sus discípulos más conocidos fue Edward Nettleship (1845-1913), quien describió la mastocitosis cutánea o urticaria pigmentosa el 18 de septiembre de 1869 en el *British Medical Journal* (en este artículo se evidencia una clara influencia de Jonathan Hutchinson) y la enfermedad de Nettleship-Falls o albinismo ocular asociado al X, entre otras descripciones².

En 1872, Hutchinson compró una extensa propiedad en Haslemere, Surrey, a donde se mudó con su esposa y diez hijos. Fundó en esta ciudad la *London Polyclinic of Postgraduate School of Medicine* y el Museo de Educación de Instrucción Popular en Historia Natural, en 1890^{1,2}.

Jonathan Hutchinson falleció el 23 junio de 1913 in Haslemere, Surrey, Inglaterra. Sus restos descansan en Cavendish Square W1.

Hutchinson fue uno de los médicos más destacados durante el siglo XIX en Inglaterra, así como un gran observador.

Las tríadas

Así como la tríada de Hutchinson es una manifestación cardinal de la sífilis congénita, se pueden encontrar en la medicina otras tríadas. Las tríadas son un conjunto de signos y síntomas que permiten sospechar la existencia de una o varias entidades clínicas, siendo a su vez una demostración del pensamiento asociativo. Se han descrito en la medicina alrededor de doscientas. Además de la tríada de Hutchinson ya mencionada, debemos recordar la tríada de Saint que consta de hernia hiatal, litiasis biliar y diverticulosis colónica⁷. Como se ve, la tríada de Hutchinson se compone por signos de una misma enfermedad mientras que la de Saint es la suma de múltiples entidades, no habiendo en este caso base fisiopatológica para la coexistencia de estas tres enfermedades. Saint fue un cirujano sudafricano que enfatizó la importancia de considerar la posibilidad de múltiples enfermedades separadas en un paciente, cada vez que su historia o su examen fueran atípicos para un único diagnóstico⁷. Saint enfatizó que más de una enfermedad puede ser la causa de los síntomas y signos en un mismo paciente. En el mismo sentido una frase de John Hickam dice: “Un paciente puede tener tantos diagnósticos como se nos dé en gana”, a esto se lo ha llamado “sentencia de Hickam”⁸. Debido a que los médicos nos enfrentamos a un número creciente de pacientes con una multitud de condiciones agudas y crónicas, las visiones de Saint y de Hickam deben ser consideradas en la práctica de la medicina moderna.

Contrapuesto con la visión previa y defendiendo la teoría del “unicismo”, encontramos a William Osler, quién trató de explicar los síntomas y signos de los pacientes con un único diagnóstico⁹. Se debe al sacerdote franciscano Guillermo de Occam la frase “la pluralidad no se debe postular sin necesidad”. Este principio ya formaba parte de la filosofía medieval, aunque fue Occam quien lo utilizó de forma filosófica. En su forma más simple, el principio de Occam indica que las explicaciones nunca deben multiplicar las causas sin necesidad¹⁰. Cuando dos explicaciones se ofrecen para un fenómeno, la explicación completa más simple es preferible como la famosa frase “si escuchas galopar piense en caballos y no en cebras”. La explicación más simple y suficiente es la más probable –más no necesariamente la verdadera–, según el principio de Occam. A medida que la

población envejece y mayor cantidad de personas llegan a edades avanzadas, la probabilidad que éstas presenten simultáneamente dos, tres, o más diagnósticos aumenta.

¿Cómo mantener un equilibrio utilizando la filosofía de Occam o la de Saint en la práctica de la medicina en nuestros tiempos? Tenemos que convivir con ambas, porque ambas son útiles, pero tenemos que acostumbrarnos a no mirar a Saint como sinónimo de facilismo o de mala práctica de la medicina, y a saber que no siempre se puede ser unicista. Esto no significa abandonar el principio de unicismo que se nos ha inculcado desde el comienzo de nuestra formación universitaria, sino que significa tener la mente abierta a otras posibilidades cuando el caso no parece resolverse con una explicación única. La observación crítica, usando tecnología simple, asociando signos y síntomas es la fundación científica del arte en la cama del enfermo.

A través de la historia, los médicos se han dedicado a encontrar pistas que conduzcan a un diagnóstico correcto en el caso de patologías comunes y no comunes. Si bien algunas de estas tríadas pueden ser fruto de la casualidad, la mayoría se deben a un profundo esfuerzo de observación y tiempo. Si prestamos atención, la mayoría de ellas fueron descritas en el siglo XIX o al comienzo del siglo XX, cuando existía un “tiempo” para pensar, reflexionar, asociar y describir.

En el mundo de la medicina de hoy, en donde la tecnología juega un rol importante, como dice Alberto Agrest¹¹ “hemos llegado a escuchar poco, explicar menos, pedir muchos exámenes auxiliares y decidir sobre la base de lo que los exámenes nos informan”, perdiendo así el valor relevante de la anamnesis y el examen físico. La semiología, la anamnesis y el contacto físico constituyen las bases no sólo del diagnóstico sino también de la relación médico paciente, el abandono de estos recursos será perder humanidad en la actividad médica, perder el placer de resolver un diagnóstico con una pregunta oportuna, con una auscultación que nadie ha hecho, con una palpación que descubre dolor donde las ecografías, tomografías y resonancia no habían demostrado anormalidad⁸. Quizás no estamos asistiendo al ocaso de la semiología, sino al renacer de una nueva semiología, la que pone el esfuerzo en el arte de descubrir lo que los recursos auxiliares no consiguen hacer o lo hacen con mayor agresividad, con mayor riesgo y siempre con

mayor costo y diluyendo responsabilidades¹². Nos parece que el recuerdo de personalidades como la de Hutchinson, con sus descripciones novedosas, son un homenaje que la medicina adeuda.

Referencias

1. James DG, Sharma OP. From Hutchinson to now: a historical glimpse. *Curr Opin Pulm Med* 2002; 8: 416-23.
2. Branford WA. Hutchinson and Nettleship, nettlerash and albinism. *Br J Dermatol* 2000; 143: 16-22.
3. Ellis H. Jonathan Hutchinson (1828-1913). *J Med Biog* 1993; 1: 11-6.
4. McKusick VA. The Gordon Wilson Lecture: The clinical legacy of Jonathan Hutchinson (1828-1913): syndromology and dysmorphology meet genomics. *Trans Am Clin Climatol Assoc* 2005; 116: 15-38.
5. Bean WB. Jonathan Hutchinson. *Arch Intern Med* 1965; 116: 1-3.
6. Hutchinson J. Case of livid papillary psoriasis. *Illustrations of Clinical Surgery*. London J and A Churchill 1877, 42.
7. Schwartz J. Saint's triad: cholelithiasis, hiatus hernia, and diverticulosis of the colon in the same patient. *Am J Gastroenterol* 1960; 34: 509-12.
8. Ross JC. John Bamber Hickam. Physician, educator, investigator. *Arch Intern Med* 1971; 127: 571-3.
9. Bliss M. William Osler at 150. *CMAJ* 1999; 161: 831-4.
10. Lo Re V 3rd, Bellini LM. William of Occam and Occam's razor. *Ann Intern Med* 2002; 136: 634-5.
11. Agrest A. Pasado, presente y futuro en la enseñanza de la medicina clínica. En: Cámara MI, Romani A, Madoery C, Fariás J, editors. *Avances en medicina '94*. Buenos Aires: Sociedad Argentina de Medicina; 1994, p 295-306.
12. Agrest A. El ocaso de la semiología. *Medicina (Buenos Aires)* 2008; 68: 175.