

El bulto

Sergio G. Carbia¹ y Roberto Glorio²

¹ Docente Adscripto de Dermatología

² Profesor Adjunto de Dermatología
Universidad de Buenos Aires, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina

Contacto del autor: Sergio G. Carbia

E-mail: sergiocarbia67@gmail.com

Fecha de trabajo recibido: 23/3/2018

Fecha de trabajo aceptado: 30/4/2018

Conflicto de interés: los autores declaran que no existe conflicto de interés.

Dermatol. Argent. 2018, 24 (4): 211-212

—Tengo hora con el doctor Olegario Icuña, cirujano.
—¿Vas a quitarte por fin ese bulto tan feo de la espalda?

—¿Cómo sabes que tengo un bulto en la espalda? —preguntó al fin.

—Por la novela, porque el personaje de la novela tiene un bulto en la espalda y yo creo que eres tú, ¿verdad?

Había soñado muchas veces que los miércoles, cuando él no estaba, Laura leía el manuscrito de la novela que dejaba siempre en lugares visibles, pero no se había preparado para una confesión tan directa.

—¿Y qué te parece? —preguntó al fin.

—Me gusta mucho el capítulo del bulto. —Laura se volvió con un plato en la mano y el estropajo en la otra.
—Cuando dices que no puedes ir a las fiestas porque lo tienes justo en el lugar donde las chicas te ponen la mano para bailar.

—Bueno, no lo digo yo, lo dice el personaje.

—Pero hemos quedado en que el personaje eres tú. Explicas muy bien el miedo que da encontrar en la espalda de alguien un bulto que no esperas, por lo menos allí.

—Claro —dijo Vicente lleno de gratitud—, es que el bulto de la espalda es la metáfora de un tumor moral.

—Metáfora me recuerda a metástasis, por lo de mi cuñado.

—Es que cuando la metáfora es buena no se distingue de la metástasis.

Laura se volvió preocupada:

—Pero lo tuyo no será maligno, ¿verdad?

—No —dijo—, es un quiste sebáceo. Eso creo.

—Pues entonces es mejor que te lo quites —dijo Laura empezando a colocar platos sobre el escurridor.

Sí —reflexionó él en voz alta—, lo que no sé es si será mejor quitármelo antes o después de terminar la novela. Imagínate que la inspiración me la da el bulto.



JUAN JOSÉ MILLÁS (ESPAÑA, 1946)

Escritor y periodista, su técnica narrativa se centra en la psicología de los personajes, especialmente sus obsesiones, territorio donde cualquier hecho cotidiano puede convertirse en un suceso fantástico.

Ha recibido numerosos premios, destacándose dentro de su vasta obra literaria, las novelas *Papel mojado* (1983), *La soledad era esto* (1990), *El mundo* (2007), *La mujer loca* (2014) y el libro de cuentos *Los objetos nos llaman* (2008).

En el relato “Laura se corta el pelo”, el personaje, Vicente Holgado, siente una irrefrenable compulsión por escribir una novela. Enfrascado en esta dura tarea se enamora de Laura, la empleada de limpieza de su departamento, quien acude únicamente los miércoles. Absorto en sus meditaciones, ve en Laura la salida a otra vida, distinta de la obsesión de dar vida a su novela (y no a su propia vida). Por ello, como expresa Dale Knickerbocker en su trabajo “Escritura, obsesión e identidad en la obra de Juan José Millás”, el campo donde se librará la batalla entre literatura y vida es la novela misma. Vicente ha creado un personaje que tiene un bulto en la

espalda, que al leerlo Laura, sirve para aclararle a ella que el bulto es la metáfora de un tumor moral que habrá que extirpar. Por lo tanto, para extirpar ese mal, la maldición obsesa de escribir (y reescribir su vida) que amenaza con llegar a su punto más alto, o sea la destrucción total de su mundo exterior incluida la propia Laura fagocitada por su mundo interior al incorporarla a la novela, el autor recurre al artificio de inventar a un cirujano que le operará el bulto, suerte de salvador de la aniquilación de su propia vida puertas afuera.

De su mundo propio, una periodista comentó una anécdota que habla del modo particular que ve el escritor las situaciones de la vida diaria: “Un día estaba escribiendo por la mañana cuando, de pronto sintió unas ganas tremendas de tomar una cerveza. Le extrañó, porque por las mañanas, cuando escribe, solo bebe

infusiones. Trató de olvidarse del antojo pero este solo crecía más y más y le impedía concentrarse, así que por fin se puso de pie y fue, decidido, por su cerveza. Abrió la nevera y en ese momento una mosca aturdida logró escapar de su prisión helada. Juan Jo, como le dicen en confianza, llegó a una conclusión: que la mosca lo había telepateado para que le diera un antojo impostergable de tomar una cerveza y al abrir el refrigerador la liberara de ‘una muerte segura’”.

Ha escrito: “La soledad es una amputación no visible, tan eficaz como si te arrancaran la vista y el oído, y solo con el tacto y la memoria tienes que reconstruir el mundo, el mundo que has de habitar y te habita”.

BIBLIOGRAFÍA

Millás JJ. "Laura se corta el pelo". En: *Ella imagina*, 1.ª ed. Alfaguara, Madrid; 1994:57-58.

PERLAS

Alberto Woscoff

Profesor Consulto Titular de Dermatología (Universidad de Buenos Aires). Maestro de la Dermatología Argentina.

DERMATITIS ATÓPICA. INTERLEUQUINA 31

La nueva citoquina TH2 IL-31 relacionada con el prurito induce un programa transcripcional distinto en las neuronas sensitivas que lleva a la elongación nerviosa y la ramificación. Esto explica que los pacientes con dermatitis atópica tengan un aumento de la sensibilidad a los estímulos mínimos que producen un prurito sostenido.

Feld M, García R, Buddenkotte J, Katayama S, et al. The pruritus- and TH2-associated cytokine IL-31 promotes growth of sensory nerves. *J Allergy Clin Immunol* 2016;138:500-508.

PSORIASIS. MICROBIOMA Y TRATAMIENTO ULTRAVIOLETA B DE BANDA ANGOSTA

El microbioma en la piel de los pacientes con psoriasis mostró tres filos dominantes: Actinobacteria, Firmicutes y Proteobacteria. En un estudio que comparó la piel afectada contra la piel no afectada en 30 pacientes, el tratamiento ultravioleta B de banda angosta (UVBba) demostró significativas diferencias antes y después, lo que sugiere que las diferencias podrían atribuirse al UVBba.

Assarsson M, Duvetorp A, Dienus O, Söderman J, et al. Significant changes in the skin microbiome in patients with chronic plaque psoriasis after treatment with narrow band ultraviolet B. *Acta Derm Venereol* 2018;98:428-436.

NEURALGIA POSHERPÉTICA AGUDA

El dolor durante los primeros 30 días del comienzo del herpes zóster se denomina neuralgia aguda herpética. A mayor intensidad, aumenta el riesgo de neuralgia posherpética. En 45 pacientes asignados al azar, se comparó la eficacia de valaciclovir con pregabalina, valaciclovir con pregabalina y metilprednisolona, y valaciclovir solo. La combinación de valaciclovir (1 g/día durante 7 días), pregabalina (75 mg 2 veces por día durante 1 mes) y metilprednisolona (0,64 mg/kg/2 veces por día durante 7 días) tuvo mayor eficacia. Los efectos colaterales fueron vómitos, somnolencia y mareos.

Choudhary S, Dhande S, Kharat S, Singh AL. Safety and Efficacy of Different Systemic Treatment Modalities for Acute Pain of Herpes Zoster: A Pilot Study. *Indian Dermatol Online J* 2018;9:101-104.

MELANOMA LENTIGINOSO ACRAL

Se realizó un estudio de 2050 pacientes con este tipo de melanoma. El retardo diagnóstico fue el factor responsable del pronóstico desfavorable. Las localizaciones más frecuentes fueron subungular (35-36%), cara lateral de los pies y las manos y dedos de ambos (38%). La ulceración fue más frecuente que en otros tipos de melanoma debido a factores mecánicos traumáticos. El espesor medio fue de

2,2 mm, y la media de edad, de 65 años (54 a 74). Se observaron metástasis en el 20% de los casos. Estos parámetros tienen un valor pronóstico significativo, independiente de otros factores.

En general, el pronóstico es malo en comparación con el de otros subtipos de melanoma. Teramoto Y, Keim U, Gesierich A, Schuler G, et al. Acral lentiginous melanoma: a skin cancer with unfavourable prognostic features: A study of the German central malignant melanoma registry (CMMR) in 2050 patients. *Br J Dermatol* 2018;178:443-451.

PÉNFIGO. TRATAMIENTOS ALTERNATIVOS

En el tratamiento del pénfigo los corticosteroides son la primera elección. Cuando no pueden emplearse por diversas causas, se usan tratamientos alternativos. En 63 pacientes se emplearon tratamientos alternativos de primera línea: inmunoglobulina intravenosa 2 g/kg durante 4 o 5 días mensuales, o rituximab 1 g/kg en los días 1 y 15, un ciclo que puede repetirse cada 6 meses. Ambos producen una remisión clínica superior a la obtenida con los corticosteroides.

Brown AE, Motaparthy K, Hsu S. Rituximab and intravenous immunoglobulin as alternatives to long-term systemic corticosteroids in the treatment of pemphigus: a single center case series of 63 patients. *Dermatol Online J* 2017;23(12):1-7.