

<https://doi.org/10.24245/drm/bmu.v68i4.9945>

El toque real: entre el simbolismo curativo y la historia de la escrófula

The royal touch: Between healing symbolism and the history of scrofula.

Lourdes Itzel García Ramírez,¹ Gabriela Soto Salazar,² Erick Omar Soltero Cedano¹



Figura 1. El Toque del Rey Santo.

¹ Médico residente de Medicina Interna.
² Dermatóloga.
Hospital Civil Fray Antonio Alcalde,
Guadalajara, Jalisco, México.

Recibido: febrero 2024

Aceptado: junio 2024

Correspondencia

Lourdes Itzel García Ramírez
garcialourdes.1006@gmail.com

Este artículo debe citarse como:
García-Ramírez LI, Soto-Salazar G,
Soltero-Cedano EO. El toque real: entre
el simbolismo curativo y la historia de
la escrófula. Dermatol Rev Mex 2024;
68 (4): 554-558.

El Toque del Rey Santo (**Figura 1**) es una miniatura rescatada del manuscrito “Grandes Chroniques de France” (Biblioteca Británica, Londres). Esta obra se actualizó con los eventos más recientes de la época y fue copiada múltiples veces entre los siglos XIII y XV, por lo que pueden encontrarse muchas versiones de esta imagen que se ajustaban con el estilo artístico del ilustrador en turno.

En la imagen se ilustra a Luis IX de Francia (San Luis) durante el siglo XIII curando a personas con escrófula con sólo tocarlos. Como parte de la aprobación divina, el rey adquiría este poder taumátúrgico en su coronación y se consideraba una función de los reyes de Francia que cuatro veces por año (Pascua, Pentecostés, Todos los Santos y Navidad) hacían ceremonias en las que utilizaban el toque real para curar la escrófula de sus súbditos.

Una de las formas en las que se cree que se llevaba a cabo el toque real consiste en que la persona con escrófula era presentada al rey y éste los tocaba, hacía la señal de la cruz sobre sus mejillas y decía: *Le Roy te touche et Dieu te guerit* (“El rey te toca y Dios te cura”).

En la ilustración *Mary I “curando” la escrófula mediante el tacto* (**Figura 2**), realizada por Levina Teerlinc, miniaturista de la reina, en el manuscrito del siglo XVI, *Queen Mary’s manual for blessing cramp rings and touching for Evil* (abadía de Westminster), se ve a la reina Mary I (también conocida como Bloody Mary) llevando a cabo el ritual del toque del rey a un súbdito con escrófula mediante la imposición de manos, ante la mirada de más ciudadanos que atestiguan el poder taumátúrgico de su monarca.

El ritual en Inglaterra se aplicaba a personas que padecían linfadenitis cervical tuberculosa (escrófula o mal del rey) y en éste se colgaba una medalla en el cuello del enfermo y se leían ciertos pasajes de los evangelios alusivos a la



Figura 2. Mary I “curando” la escrófula mediante el tacto. Ilustración realizada por Levina Teerlinc (fue una miniaturista anglo-flamenca que sirvió como pintora de cámara en la corte inglesa bajo los reyes Enrique VIII, Eduardo VI, María e Isabel I).

inmunidad de los reyes ante las enfermedades infecciosas.

Además de las medallas para curar la escrófula, los reyes de Inglaterra repartían *cramp-rings* (“anillos de los calambres”) para curar enfermedades de supuesto origen diabólico, como los calambres y la epilepsia.

¿Es, entonces, un don divino o la evolución natural de la enfermedad?

El toque real era una práctica de imposición de manos con fines curativos que practicaban los

reyes de Francia y de Inglaterra del Antiguo Régimen. Se creía que su coronación les confería el derecho divino de gobernar y, por ende, tenían el poder taumátúrgico de curar a sus súbditos mediante este toque real, sin distinción de condiciones sociales, de algunas enfermedades específicas, principalmente la escrófula o “mal del rey”, una forma de tuberculosis ganglionar y cutánea.

Esta costumbre tuvo su apogeo en la Edad Media y la Edad Moderna, destacó especialmente durante los reinados de Enrique IV de Inglaterra y Luis XIV de Francia.

Enrique VII de Inglaterra (r. 1485-1509), el primer rey de la Casa de Tudor, preocupado por legitimar su acceso al trono, estableció firmemente el procedimiento con base en el precedente de los monarcas anteriores que consistía en cuatro elementos:¹

1. El rey tocaba (o rozaba) la cara o cuello del enfermo.
2. El rey colgaba de su cuello una medalla.
3. Se leían ciertos pasajes de los evangelios (Marcos 16: 14-20 y Juan 1: 1-14) alusivos a la inmunidad de los reyes ante las enfermedades infecciosas.
4. Se elevaban plegarias a Dios, a la Virgen y a los santos.

La ceremonia del toque real, que era pública y contenía elementos teatrales, tenía un componente simbólico importante. Se creía firmemente que el poder del monarca tenía el potencial de influir directamente en la salud de las personas. La curación percibida a través del toque real en la actualidad se considera que podría deberse a factores psicológicos, como la fe y la esperanza de los afectados al ser tocados por el monarca, una figura de autoridad con un posible don divino, que desencadenaba una

creencia de curación. Esta creencia podía llevar a una respuesta psicológica positiva con la liberación de endorfinas y otros neurotransmisores que podía influir en la percepción subjetiva de los síntomas y la mejoría de la salud, así como a la posibilidad de que algunos casos de escrófula tuvieran una evolución natural que llevaba a la remisión de los síntomas sin alguna intervención específica.

Estas dos posibles formas de evolución que pudieran interpretarse como curación son: si correspondía a un complejo primario causado por bacilo bovino, el ganglio tumefacto podía curar por fibrosis y calcificación del componente ganglionar que disminuyera de tamaño notoriamente o hacerse imperceptible. O, bien, si la lesión se ulceraba y fistulizaba, podía dar la apariencia de curación por cicatrización.²

Debido a que el concepto y diagnóstico de escrófula eran imprecisos, algunas tumoraciones tocadas por el rey pueden haber correspondido a lesiones no tuberculosas con tendencia espontánea a involucionar.

Las explicaciones basadas en el efecto placebo son hipotéticas y se contextualizan en las creencias históricas de la época.

Escrófula viene del latín *scrofulae* (paperas) que hace alusión a las adenopatías ganglionares características de la infección por *Mycobacterium tuberculosis* en la linfadenitis ganglionar o escrófula,^{3,4,5} forma más común de las enfermedades extrapulmonares causadas por este bacilo ácido-alcohol resistente (BAAR),¹⁻⁴ seguidas por la escrofuloderma y el lupus vulgaris, formas clínicas más comunes de tuberculosis cutánea.^{2,3,4}

La escrófula afecta comúnmente los ganglios del borde superior del músculo esternocleidomastoideo y la fosa supraclavicular, las adenopatías son indoloras, de consistencia firme, pueden llegar a tener una coloración roja o violácea y,

por lo general, son unilaterales. En pacientes VIH positivos pueden ser bilaterales; en casos raros puede cursar con síntomas acompañantes, como fiebre y pérdida de peso.³

La escrofuloderma es el resultado de la diseminación directa a la piel, por contigüidad, desde un foco tuberculoso subyacente, que normalmente es una adenitis cervical.⁶ Las lesiones consisten en uno o varios trayectos fistulosos, por los que se libera material caseoso.

Entre las especies del complejo de *Mycobacterium tuberculosis* hay dos que históricamente han afectado con mayor frecuencia a la humanidad. Una es *Mycobacterium tuberculosis*, descubierta por Koch, que característicamente se asienta en los pulmones y se transmite por gotas de Flügge; la otra especie es *Mycobacterium bovis*, bacilo bovino que suele afectar al ganado, infecta desde el ser humano el consumo de sus derivados contaminados. El bacilo bovino ha sido causa común de linfadenitis cervical humana en países con alta prevalencia de tuberculosis del ganado. Esto puede explicar que en el pasado fuera frecuente la escrofulosis en comparación con la tuberculosis pulmonar, antes de que empezara a extenderse en occidente, en la primera mitad del siglo XX, la eliminación del ganado enfermo y la pasteurización de la leche, mediante la destrucción de sus gérmenes patógenos a través de calor.⁷

Se describen dos vías principales por las que los bacilos pueden provocar la linfadenitis tuberculosa cervical. En una el punto de partida es un pulmón tuberculoso, en el que los bacilos penetran los vasos sanguíneos y mediante la circulación colonizan y dañan los ganglios. De manera alternativa, cuando una persona se contagia por primera vez con el bacilo, por vía oral, aparece la primera lesión en la pared de la faringe, desde donde los bacilos son transportados en los vasos linfáticos a los ganglios del cuello, lo que provoca inflamación y aquí es

donde la respuesta del sistema inmunológico a la infección puede variar. En algunos casos, el sistema inmunológico puede controlar la infección y los ganglios linfáticos pueden involucionar por sí solos o, en cambio, la infección puede persistir y los ganglios linfáticos pueden volverse crónicamente inflamados, lo que forma masas o abscesos que podrían evolucionar a ulceración o fistular.

Se ha planteado que la linfadenitis cervical producida por el bacilo bovino induce cierta protección contra la infección por *M. tuberculosis*, lo que puede apoyar la suposición de que hubiera menor prevalencia de daño pulmonar en tiempos en que se consumía más leche contaminada.⁵ Al respecto, la vacuna BCG contra la tuberculosis fue obtenida por Calmette y Guérin por inactivación de la virulencia de una cepa de bacilo bovino mediante repetidos subcultivos.⁸

El diagnóstico de la tuberculosis ganglionar generalmente se establece mediante pruebas como la biopsia de ganglios linfáticos, tinciones de Ziehl-Neelsen o auramina-rodamina y el uso de técnicas como PCR.

En cuanto al tratamiento de esta enfermedad, en la actualidad la mayor parte de las sociedades científicas recomiendan prescribir el mismo esquema terapéutico que el que se administra contra la tuberculosis pulmonar. Éste consiste en combinar rifampicina, isoniazida y pirazinamida durante dos meses junto con etambutol hasta que se practique el estudio de sensibilidad, para posteriormente continuar con rifampicina e isoniazida durante cuatro meses más.⁶

La tuberculosis es una enfermedad que requiere un tratamiento médico adecuado. El toque real, mencionado como un acto ceremonial, no tiene capacidad curativa de esta enfermedad. Es fundamental recibir un tratamiento con me-

dicamentos antituberculosos para controlar la infección y prevenir complicaciones.

Existen antecedentes de que el toque real no es el único poder curativo atribuido a la realeza europea. Por ejemplo, se creía que los Habsburgo curaban la tartamudez con un beso en la boca.⁹ Los reyes de Castilla, durante la Edad Media, llevaban a cabo exorcismos haciendo la señal de la cruz e invocando a Dios para liberar a los endemoniados (término muy genérico que incluía enfermedades actualmente diagnosticadas como mentales o somáticas). Incluso, se decía que los reyes de Hungría curaban la ictericia.¹⁰

REFERENCIAS

1. Sturdy DJ. The Royal Touch in England. *European Monarchy: Its evolution and practice from roman antiquity to modern times* (Franz Steiner Verlag). 1992: 190.
2. Anales de la Real Academia de Medicina. 1893, Tomo XIII, Cuaderno 3: 288.
3. Calvopiña M, Váscónez-González E, Torres F, et al. Linfadenitis tuberculosa o escrófula o tuberculosis colicuativa en Ecuador. *Dermatol Rev Mex* 2022; 66 (6): 731-735. <https://doi.org/10.24245/dermatolrevmex.v66i6.8314>
4. WHO. Tuberculosis Organización Mundial de la Salud. 2023. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/tuberculosis>
5. Fitzgerald DW. Mandell, Douglas y Bennett. *Enfermedades infecciosas. Principios y práctica*. 8ª ed. Barcelona-España: Elsevier; 2016.
6. Concha RM, Fich SF, Rabagliati BR, Pinto SC, et al. Tuberculosis cutánea: reporte de dos casos y revisión de la literatura. *Rev Chilena Infectol* 2011; 28 (3): 262-8.
7. Duarte G I, Chuaqui F C. Historia de la escrófula: de la discrasia humoral a la consunción [History of scrofula: from humoral dyscrasia to consumption]. *Rev Med Chil* 2016; 144 (4): 503-7. doi: 10.4067/S0034-98872016000400012
8. Duarte I. La pretendida curación de la escrófula por el toque del rey [The pretended healing of scrofula by the king's touch]. *Rev Chilena Infectol* 2014; 31 (4): 459-67. doi: 10.4067/S0716-10182014000400013
9. Monteagudo B, García-Rodríguez JF, De las Heras C, Cacharrón JM. Escrofuloderma con linfadenitis tuberculosa. *Piel* 2007; 374-377. [http://dx.doi.org/10.1016/S0213-9251\(07\)73099-X](http://dx.doi.org/10.1016/S0213-9251(07)73099-X)
10. Jorge-Finnigan C, Rodríguez-García S. Escrofuloderma como primer signo de tuberculosis extrapulmonar 2020. *Aten Prim Pract* 2002. DOI: 10.1016/j.appr.2020.100077

AVISO IMPORTANTE

Ahora puede descargar la aplicación de **Dermatología Revista Mexicana**.

Para consultar el texto completo de los artículos deberá registrarse una sola vez con su correo electrónico, crear una contraseña, indicar su nombre completo y especialidad. Esta información es indispensable para saber qué consulta y cuáles son sus intereses y poder en el futuro inmediato satisfacer sus necesidades de información.

La aplicación está disponible para Android o iPhone.

