

TRABAJOS LIBRES, SECCION "C" *Jueves, 13*

Presidente Honorario: Dr. GIORGIO POZZO

Coordinador: Dr. JOSE R. SARDI

Secretario: Dr. GONZALO SENOBRE

DERMATOSIS ASOCIADAS AL PENFIGO FOLIACEO SUB-AMERICANO

**RAYMUNDO MARTINS-CASTRO, NELSON PROENCA,
LUIS FLORENCIO SALLES-GOMES**

El presente trabajo no es el resultado de un plan previo sino fruto de observaciones efectuadas a través de años de estudio y observación de pacientes del pénfigo foliáceo sudamericano (PFSA).

Nuestro propósito es llamar la atención sobre dermatosis infecciosas y parasitarias que ocurren en pacientes de PFSA. Juzgamos de interés divulgar nuestras observaciones porque esas dermatosis en los penfigosos son bastante frecuentes y su importancia resulta de uno o más de los siguientes aspectos: elevada frecuencia, extensión poco común, gravedad del cuadro y rebeldía a los tratamientos usuales. Son las siguientes dermatosis: vaccinia, herpes simples, dermatofitosis, verrugas y escabiosis. Las infecciones por los virus de vacuna y herpes simples determinen frecuentemente, en los penfigosos, el cuadro de erupción variceliforme de Kaposi. Ocurren en pacientes con la enfermedad en plena actividad, no controlada por el tratamiento. La dermatofitosis, por el contrario, es verificada solamente en pacientes con las lesiones de pénfigo parcial o totalmente controladas por el tratamiento. Las verrugas y las escabiosis ocurren tanto en pacientes con lesiones francamente activas como en aquellos parcial o totalmente controlados.

1. Erupción variceliforme de Kaposi por virus vaccinal (EVK).

Fue referida la primera vez por Fonzari. Posteriormente hubo un brote epidémico de vacuna en el Hospital de Pénfigo de San Pablo luego de una campaña masiva de vacunación efectuada en diciembre de 1955 y enero de 1956. Ese brote fue bien estudiado por investigadores del Servicio de Salud Pública de San Pablo. En esa ocasión fueron vacunados 188 pacientes. De ellos, cuarenta y seis desarrollaron vacuna habiendo cuatro muertes. Estos óbitos demuestran una posibilidad de evolución grave de la vacuna en los penfigosos.

Es pues evidente que la vacunación antivariólica está contraindicada en estos pacientes. Posteriormente, en mayo de 1970, hubo nueva campaña masiva de vacunación antivariólica emprendida por el Servicio de Salud Pública. La dirección del hospital, prudentemente, no permitió la vacunación de los pacientes con lesiones activas. Solamente fueron vacunados los pacientes controlados y el personal administrativo. Sin embargo se presentaron dos casos, benignos, de erupción variceliforme de Kaposi por virus vaccinal. (*Vacuna ambiental*).

Esos hechos demuestran el riesgo en vacunar pacientes con PFSA como también el riesgo de convivencia de ellos con personas las cuales ha prendido la vacuna. Es importante resaltar que el riesgo de aparición de estas dermatosis no depende de la terapia corticosteroide puesto que en 1956 esos medicamentos no eran utilizados rutinariamente en el Hospital de Pénfigo.

2. Erupción variceliforme de Kaposi por *Herpesvirus hominis*.

Después de la comunicación inicial de Proenca y Salles-Gomes, el asunto fue estudiado con mayor profundidad por Proenca, y Proenca y col., quienes reunieron 19 casos bien estudiados desde los puntos de vista clínico y etiológico. De esos trabajos, los únicos en la literatura, fue posible concluir que:

- 1) La erupción variceliforme de Kaposi por *Herpesvirus hominis* puede presentarse con gravedad muy variable.
- 2) El tiempo medio de evolución de la enfermedad es de 10 días.
- 3) La frecuencia de esa infección en los penfigosos internados es de por lo menos 10%.
- 4) La terapia corticosteroide no es pre-requisito para que aparezca la EVK por *Herpesvirus hominis* en esos pacientes.
- 5) Fue posible mantener el tratamiento de pénfigo por corticosteroides en la vigencia de esa intercurencia; y
- 6) Los estudios serológicos demostraron que se trataba siempre de herpes recidivante. En ninguna oportunidad se trató de primo-infección herpética no obstante haber sido observados también casos en niños.

Es interesante resaltar que la interurrencia surgía casi siempre en los primeros días de internación y tratamiento. Es posible que la medicación corticosteroide favorezca el apareamiento de este cuadro, sin ser por ello imprescindible.

3. *Dermatofitosis*

De acuerdo a lo constatado por Castro y col. la tricofitosis llega a constituir verdadera endemia entre los enfermos internados. Verificaron en 1969 que de los 134 pacientes que había internados, 36 presentaban dermatofitosis por *Trichophyton rubrum*. Llamó la atención en esa ocasión la exuberancia de las lesiones. Nunca habían sido observados cuadros semejantes antes de la existencia de la corticoterapia. Se trató ciertamente de oportunismo fúngico por *T. rubrum* en pacientes con corticoterapia prolongada. Refuerza esa idea el hecho de que sólo fueron encontrados casos de tricofitosis en pacientes clínicamente controlados por esa terapéutica.

4. *Verruga vulgar*

Con excepción de los individuos que presentan defectos inmunitarios, en los cuales pueden observarse cuadros verrugosos, fue en el SAPF que pudimos observar las más exuberantes manifestaciones de verruga vulgar. Castro y Fonzari, en 1954 verificaron que de los 250 pacientes internados en esa época, 31 presentaban verrugas vulgares. Posteriormente Rezende confirmó esos datos examinando otro grupo en otro hospital. Esos cuadros eran más comunes antes de la existencia de la terapéutica corticosteroide. Luego de la introducción rutinaria de ese medicamento de PFSA las manifestaciones exuberantes que referimos se volvieron más raras, observándose las ocasionalmente.

5. *Escabiosis*

Los pacientes con pénfigo foliáseo se han mostrado particularmente sensibles a la infección por *Sarcoptes scabiei*, adquiriendo formas extensas y de difícil tratamiento. En la década del 60 ocurrió una epidemia de escabiosis entre los pacientes del Hospital de Pénfigo de San Pablo que atacó a cerca del 75% de los pacientes internados. Las condiciones particulares de la piel del pénfigoso mostraron ser tan propicias al *Sarcoptes* que fueron necesarios dos años para controlar tal epidemia. Si el paciente se encuentra en la fase generalizada de

pénfigo la escabiosis puede pasar desapercibida. Es diagnosticada solamente después de dos o tres semanas cuando ya está ocurriendo la remisión del pénfigo por el uso de los corticosteroides.

Una curiosidad interesante es que en paciente penfigoso el *Sarcoptes scabiei* es fácilmente demostrable en las lesiones mediante procedimientos simples con el uso de la cinta adhesiva.

La técnica es semejante a la utilizada para la demostración de la *Malassezia furfur* y de evidencia de huevos y/o ninfas y/o adultos. El método, muy útil para el diagnóstico de escabiosis en penfigosos no se mostró igualmente útil en otros pacientes de escabiosis.

El tratamiento de la escabiosis en penfigosos es hecho habitualmente por el uso externo de benzoato de benzilo. En las formas generalizadas la medicación tóxica es muy mal tolerada. En esos casos fue utilizado el tiabendazol por vía oral. Se obtuvieron sensibles reducciones en la infestación pero no la cura total.

RESUMEN

Trabajando en un hospital en zona endémica de Pénfigo foliáceo Suramericano (Fuego salvaje) (PFSA) los autores pudieron registrar interesantes observaciones sobre dermatosis infecciosas y parasitarias que ocurren frecuentemente en enfermos de esa afección internados en hospital especializado. Ellas son: la Erupción variceliforme de Kaposi (por *Poxvirus officinale* y por *Herpesvirus hominis*), la dermatofitosis, las verrugas y la escabiosis. La erupción variceliforme de Kaposi ocurre en los enfermos con lesiones de PFSA en actividad, la dermatofitosis casi sólo en pacientes ya controlados por el tratamiento con corticoides. Las verrugas y la escabiosis acostumbran ocurrir tanto en pacientes con la enfermedad en plena actividad como en pacientes controlados.

Se discute el posible papel que los corticoides tienen en el apareamiento de esos cuadros. Resaltan los autores que no se trata de investigación previamente planeada y posteriormente conducida; pero sí de un relato de sus vivencias clínicas y laboratoriales con problemas pertinentes al Pénfigo foliáceo suramericano (Fuego salvaje).

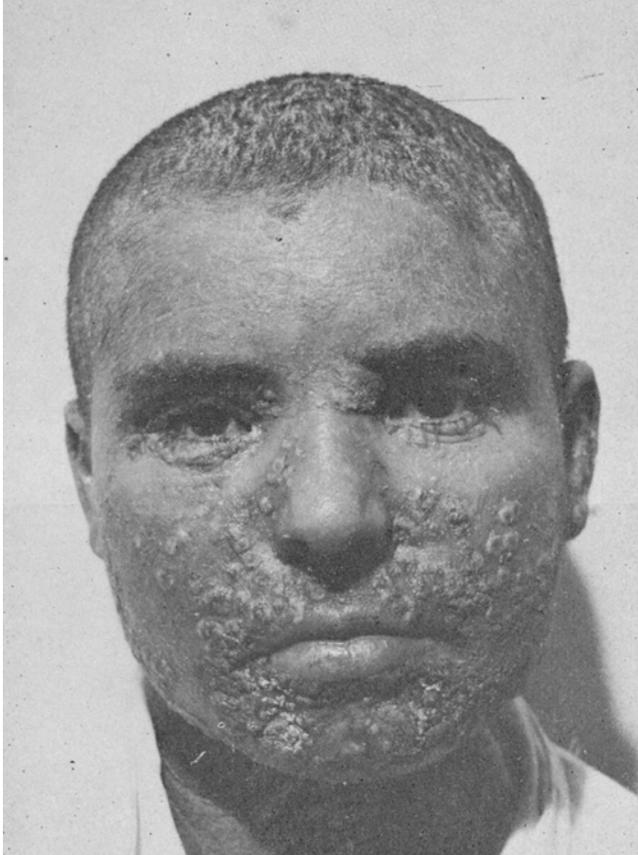


Fig. 1. Erupción variceliforme de Kaposi por *Herpesvirus hominis*.
Tercer día de erupción.



Fig. 2. Profusa erupción de verrugas.



Fig. 3. Misma enferma de la foto 3. Además de las verrugas infección herpética.



Fig. 4. Mezcla de lesiones de penfigo y de trichofitosis.

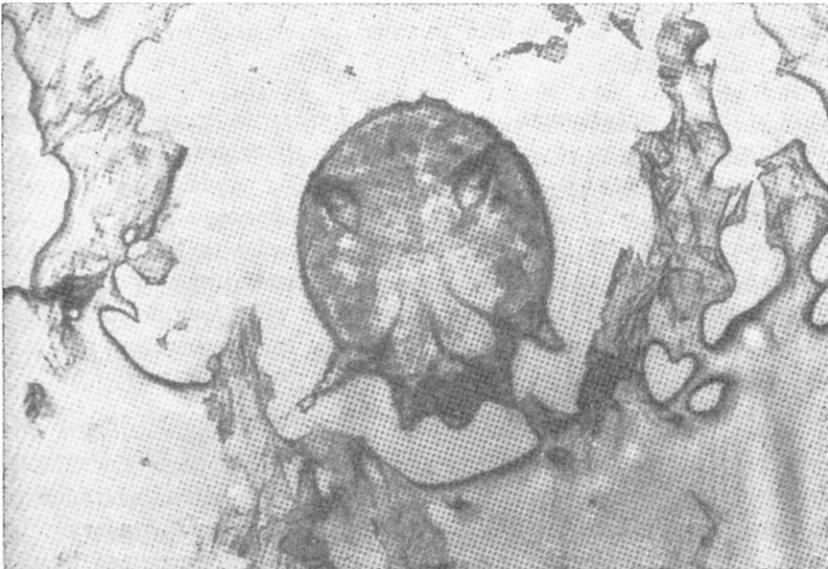


Fig. 5. *Sarcoptes scabiei* demostrado por el método de la tela adhesiva.

TIABENDAZOL TOPICO EN ESCABIOSIS

CARLOS E. HENRIQUEZ L.

GREGORIO J. BASTIDAS

OMAR MIRET

La escabiosis es una ectoparasitosis de la cual se tiene conocimiento desde los tiempos bíblicos. Siempre ha estado íntimamente ligada a guerras y otras calamidades como hambre y terremotos, cuando grandes masas poblacionales se ven obligadas a permanecer muy juntas. Después de la Segunda Guerra Mundial, su incidencia vino decayendo notablemente quizás a consecuencia del uso creciente de insecticidas de poder residual o a la incorporación a la educación familiar de constantes mejoras en los hábitos higiénicos. En Venezuela, al igual que en otros países, había sido una enfermedad del pasado, sin embargo, en la actualidad se ha venido acusando un alto índice de casos, que prácticamente conforman un brote de características alarmantes, lo cual hace suponer que estamos frente al retorno de la enfermedad.

A través del tiempo, ha variado mucho la terapéutica siendo las drogas que más se han empleado las siguientes: suspensión de azufre en aceite a una concentración del 10%, emulsión de benzoato de bencilo al 25 %, gamma-hexacloruro de benceno al 1% y solución de lindano al 1%. Sin embargo, el hecho de haber obtenido resultados satisfactorios con el empleo de estas drogas, no las hace óptimas en su aplicación, ya que algunas de ellas han desencadenado reacciones alérgicas, mientras que otras por su textura, no son cosméticamente aceptables.

El tiabendazol (2-4'-Tiazolil-Benzimidazol) es una substancia que ha venido utilizándose en el tratamiento de helmintiasis intestinales, en especial la estrongyloidiasis. También es muy activo contra larvas de nemátodos que parasitan la piel (Larva Migratoria Cutánea); ha sido útil en cromoblastomicosis y finalmente se han reportado buenos resultados con el tiabendazol por vía oral en pacientes con escabiosis.

Por este motivo, se requería de un preparado que fuese inocuo, no sensibilizante, de buen olor, de fácil absorción y que tuviese una eficacia manifiesta en el tratamiento de la sarna.

MATERIALES Y METODOS

Se estudió una muestra no seleccionada de 74 pacientes, de diferentes edades, sexo y situación económico-social. A ellos se les elaboraron historias clínicas, tratando de precisar entre otras cosas: la aparición del prurito, sitio de comienzo, si era preferentemente nocturno, si se exacerbaba con el calor, etc. Se hizo el esfuerzo para localizar las lesiones, ver su extensión y complicaciones. Se investigó la posible fuente de infección, con la finalidad de hacer el estudio posterior de los aspectos epidemiológicos de esta infestación.

A objeto de obtener la confirmación del diagnóstico clínicoepidemiológico, mediante la visualización del *Sarcoptes-scabiei* var. *hominis*, a un grupo de pacientes se les practicó la biopsia cutánea tomando como no menos de 4 muestras de diferentes sitios de la superficie corporal. Para ello utilizamos una hojilla de afeitador, la que permitió por su flexibilidad, obtener una muestra extensa de piel, incluso en aquellos sitios donde la rigidez de la hoja del bisturí no lo permitía. El material fue clarificado en hidróxido de potasio al 10 % y observado al microscopio.

Se utilizó pomada de tiabendazol al 5 % con una base hidrofílica de Carbowax y Polietilenglicol 300; la pomada fue utilizada por los pacientes en su domicilio y se les instruyó previamente para que tomaran un baño con agua tibia, no menor de 10 minutos de duración, secarse rápidamente y aplicar la pomada en cantidades suficientes que garantizaran la cobertura total de las lesiones, frotándola suavemente para facilitar la penetración del medicamento. La aplicación se recomendó realizarla dos veces al día, en la mañana y por la noche antes de acostarse. Conjuntamente, se les indicó la necesidad de lavar bien la ropa hirviéndola, o exponerla al sol por varias horas. Los controles fueron hechos a los 3, 5, 8, 10 y 16 días de iniciada la terapéutica.

RESULTADOS

El Cuadro N° 1 muestra la distribución de los casos por edad y sexo. El sitio de iniciación del prurito puede apreciarse en el Cuadro N° 2.

CUADRO N° 1

ESCABIOSIS. DISTRIBUCION DE 74 CASOS SEGUN GRUPOS ETARIOS Y SEXO EXPRESADOS EN PORCENTAJES. Valencia 1973

GRUPOS de EDAD	S E X O				TOTAL	%
	M	%	F	%		
- 1 año		3,2	-	-	1	
1 año	-	-	2	4,7	2	27
2 a 7	5	16,1	3	6,9	8	10,8
8 a 15	8	25,8	12	27,8	20	27,0
16 a 24	7	22,5	14	32,5	21	28,0
25 a 35	6	19,4	5	11,7		14,8
36 a 45	2	6,5	7	16,3	9	12,1
46 y más	2	8,5	-	-	2	2,7
TOTALES	31	100,0	43	99,9	74	99,4

CUADRO N° 2

SITIO DE INICIO DEL PRURITO. VALENCIA 1973

ABDOMEN	PIERNAS	MUSLOS	MANOS	INGUINALES	CADERAS	ESPALDA	NALGAS
14	7	5	3	2	1	1	4
18,9%	9,4%	6,7%	4,0%	2,7%	1,3%	1,3%	5,4%
GENITALES	BRAZOS	AXILAS	SENOS	SURCO-SUB MAMARIO	CABEZA	TORAX ANT.	IGNORADOS
12	6	4	2	1	1	1	10
16,2%	8,1%	5,4%	2,7%	1,3%	1,3%	1,3%	13,5%

De las biopsias practicadas a 58 pacientes, solamente 11 de ellos resultaron positivas. En los restantes el diagnóstico fue siempre clínico-epidemiológico.

El Cuadro N° 3 representa los días de tratamiento a que fueron sometidos los pacientes para alcanzar la curación, basados en la desaparición de lesiones activas y el cese del prurito, los cuales fueron los parámetros tomados para declarar curados a los pacientes tratados tópicamente con tiabendazol.

CUADRO N° 3

DIAS DE TRATAMIENTO CON TIABENDAZOL POMADA AL 5%

Valencia 1973

DIAS	5	7	8	10	11	13	15	16	IGNORAD.	TOTALES
CASOS41	41	1	19	2	1	2	1	4	3	74
PORCENT	55,4	1,3	25,6	2,7	1,3	2,7	1,3	5,4	4,0	99,7

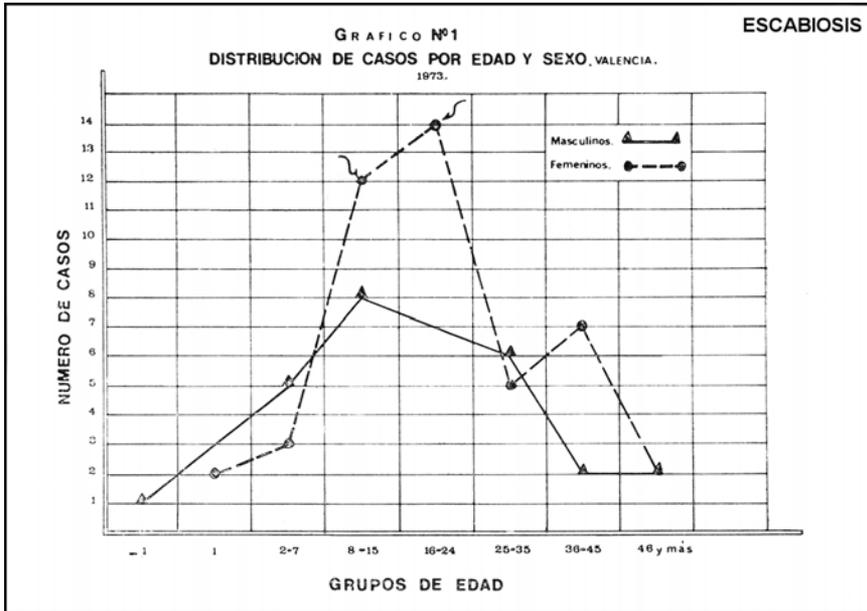
No se pudo efectuar biopsia a los niños menores de 3 años y en aquellos pacientes que por su estado anímico en el momento del examen, rechazaron el procedimiento.

DISCUSION

Como se demuestra en el Cuadro N° 1, del total de 74 pacientes estudiados, la mayor incidencia estuvo en los grupos etarios de 8-15 y 16-24 años, con un porcentaje de 55,3%. En la Gráfica N° 1, las flechas indican la alta incidencia en las edades antes mencionadas y además demuestra la mayor frecuencia en el sexo femenino (relación hombre/mujer, aproximadamente 1 : 2). También es necesario resaltar que en menores de 7 años sólo hubo 11 casos (14,8 %) y en mayores de 45 años únicamente dos pacientes, lo que representa el 2,7 %.

El síntoma primordial que presentaron todos los pacientes estudiados, fue el prurito intenso, el cual típicamente se exacerbaba por las noches al acostarse y con el calor; lo que demuestra una vez más que el prurito sigue siendo el síntoma más evidente y constante de la escabiosis.

En el Cuadro N° 2 se observa que los sitios en donde con mayor frecuencia se inició el prurito fueron: abdomen (18,9 %) ; genitales (16,2 %), y piernas (9,4%) ; el resto de los sitios de menor frecuencia pueden verse en el mencionado cuadro. Además, se encontró un 13,5 % de pacientes que no recordaron por dónde les



comenzó el prurito, y esos fueron catalogados como ignorados. En vista de que el sitio de comienzo del prurito siempre correspondió a la aparición de las primeras lesiones dermatológicas, es lógico suponer que éste también haya sido la zona de la primo-infección acariana, a partir de la cual se extendió a otras partes del cuerpo.

Las lesiones escabióticas más frecuentes en los casos estudiados, pueden describirse como pápulo-vesículas eritematosas y muy pruriginosas que daban un aspecto de prurigo. Sin embargo, en ocasiones se vieron lesiones de aspecto nodular ubicadas especialmente en escroto y pene. En otras ocasiones, y, predominante en niños, adoptaron el aspecto psoriásico de localización en codos o tenían el aspecto pustuloso, resultado de una ímpetiginización secundaria. En todos, la piel se mostró seca y áspera, sobre la cual era posible apreciar frecuentemente lesiones de rascado, producto del prurito insoportable.

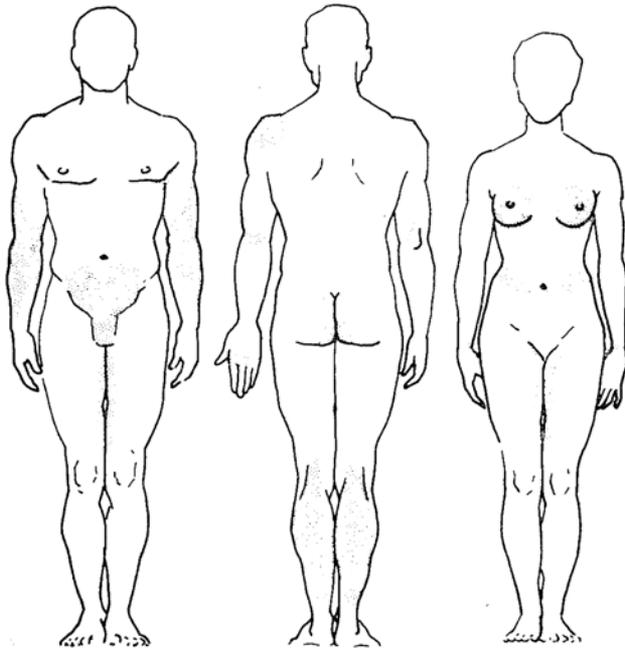
Las manifestaciones cutáneas encontradas se localizaron de preferencia en: hombros, axila, senos (especialmente areola, pezón y surcos

inter y sub-mamarios), hipogastrio, caderas, nalgas, regiones inguinales, pene (incluyendo glande), escroto, cara interna de los muslos, codos, muñecas y manos (con predilección por los espacios interdigitales) (ver Fig. Nº 1). Fue posible observar en los niños lesiones en cuero cabelludo, pabellón de la oreja, mejillas, dorso y planta del pie; que no fueron observadas en pacientes adultos.

En ninguno de los casos se pudo identificar las lesiones, que tradicionalmente se describen como un surco en forma de pequeña elevación lineal. Sin embargo, las pópulo-vesículas en ocasiones recor-

FIGURA Nº 1

ESCABIOSIS DISTRIBUCION DELAS LESIONES Valencia. 1973



daban las llamadas vesículas perladas o eminencias acarianas de Bazin; que al no estar en la extremidad de surco alguno, el cual señala el recorrido y dirección del parásito, no orientó en ningún momento la escogencia del punto exacto, donde se debían tomar las biopsias. Posiblemente a ello se debe el que del total de muestras tomadas a 58 pacientes, en sólo 11 de ellos resultaron positivas.

Las lesiones de aspecto nodular fueron vistas sólo en genitales de adultos masculinos. Creemos que la formación de estos nódulos inflamatorios se deba a la reacción celular constante en zonas de tejido laxo, con la correspondiente formación granulomatosa.

La sequedad y aspereza de la piel encontrada en todos los pacientes, quizás se fundamente en la pérdida de la acidez normal debida a la presencia del ectoparásito. Con las primeras aplicaciones del tiabendazol, la piel recobró su textura normal.

El impétigo como manifestación de escabiósis, viene a ser una complicación más de las lesiones cutáneas, provocado por el rascado en infección bacteriana sobreagregada.

La respuesta al tratamiento tópico con tiabendazol puede apreciarse en el Cuadro N° 3, en el cual, el 55,4% de los pacientes curaron en 5 días y el 25,6% lo hicieron en 8 días, lo cual corresponde a lo observado por otros autores. En los restantes casos el período de curación fue siempre mayor de 10 días. Los 3 pacientes que aparecen en el grupo de los ignorados fueron aquellos que no volvieron a las consultas de control, sin embargo, en vista de su bajo porcentaje, consideramos que deben haber curado satisfactoriamente.

Aun cuando el criterio de curación tomó de 5 a 8 días (82,3%) pudo comprobarse que la desaparición del prurito, fue generalmente posterior a la curación de las lesiones. En algunos casos entre el segundo y tercer día de tratamiento, se produjo un incremento notable del prurito, el cual decayó violentamente con las aplicaciones sucesivas del medicamento. En casi todos los casos se comprobó una descamación muy fina de la piel consecutivamente a la aplicación de la pomada. Esta descamación sirvió para limpiar la piel de ciertas manchas hipercrómicas dejadas por las lesiones escabióticas.

Con estos hallazgos, creemos que el período óptimo de aplicación de la pomada de tiabendazol es de 5 a 8 días, pudiendo prolongarse en ciertos casos severos o complicados.

Podemos afirmar que el tiabendazol de aplicación tópica se presenta con un gran futuro en la terapéutica de la escabiosis; siendo superior a las drogas hasta ahora utilizadas en virtud de que no observamos ninguna manifestación de efectos indeseables como se han reportado con otras drogas. Por otra parte, la presentación en pomada vehiculizada con Carbowax y Polietilenglicol, garantiza una absorción continua y prolongada del medicamento, con una recuperación de la textura de la piel muy rápida.

Es muy importante señalar, que esta presentación es muy bien aceptada por el paciente ya que al extenderse sobre la piel es completamente imperceptible a la vista lo que permite a quien la usa, desempeñarse normalmente en sus labores habituales.

CONCLUSIONES

- 1) Creemos estar en presencia del renacimiento de la Escabiosis en nuestro país.
- 2) Las manifestaciones dermatológicas observadas, las cuales difieren de las tradicionalmente descritas, sugiere la hipótesis de cambio de hábitat del parásito.
- 3) El período de aplicación del medicamento, para obtener una cura radical de la enfermedad, fue de 5 días, prolongándose a 8 y más días en casos severos o complicados.
- 4) El tiabendazol pomada, no produce efectos colaterales indeseables, por lo tanto, no se le encontró ninguna contraindicación, lo cual no puede decirse con otros medicamentos actualmente en uso (benzoato de bencilo, lindano, azufre y hexacloruro de benceno).
- 5) Al ser incoloro e inodoro tiene amplias ventajas sobre las otras drogas.
- 6) El tiabendazol pomada representa el hallazgo más resaltante de la actualidad en el tratamiento tópico de la Escabiosis.

RESUMEN

La escabiosis en Venezuela ha venido recrudeciéndose desde hace varios años. La presentación clínica de esta ectoparasitosis es diferente de la que se ha descrito tradicionalmente, sin embargo, en algunas ocasiones pudieron verse las vesículas perladas características de esta enfermedad.

No fue posible detectar surcos que correspondieran a los túneles de desplazamiento del parásito. Las lesiones encontradas fueron pápulo-vesículas, eritematosas, acompañadas de un prurito intenso, el cual se exacerbaba durante las noches y con el calor.

Las lesiones fueron localizadas en los sitios habituales y algunas de ellas complicadas con impetiginización secundaria debido a una infección sobre agregada.

Se estudió una muestra no seleccionada de 74 pacientes de los cuales, la mayor incidencia estuvo entre los 8 y 24 años de edad; la frecuencia mayor de casos se presentó en el sexo femenino.

Se les practicó biopsia a 58 pacientes, de los cuales 11 resultaron positivos.

El tratamiento tópico con tiabendazol pomada al 5%, se indicó dos veces diarias, en la mañana y antes de acostarse, siempre después de un baño con agua a temperatura superior a la del cuerpo. La aplicación de la pomada debía ser suficiente con la finalidad de cubrir las lesiones, frotándola para aligerar la absorción del medicamento.

En un período de 5 días curaron el 55,4¹/_o y en 8 días el 25,6%; el resto de los pacientes recibieron más aplicación de pomada, por ser casos más severos o complicados. No se pudieron detectar efectos colaterales indeseables. Se concluye diciendo que el tiabendazol pomada es actualmente el medicamento de más futuro en el tratamiento de la escabiosis.



Fig. 1

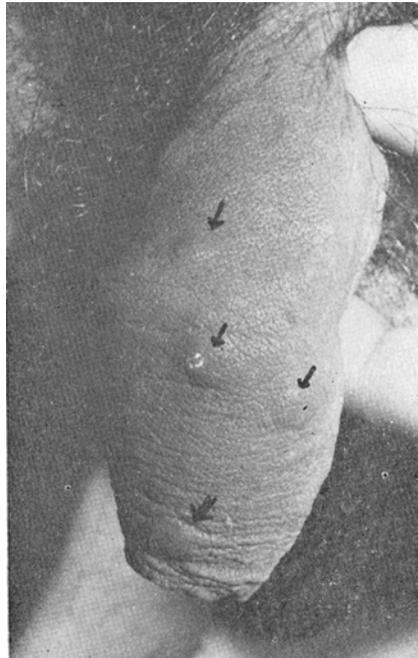


Fig. 2

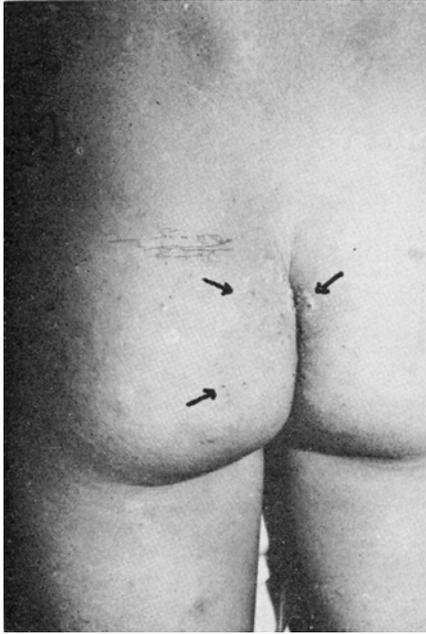


Fig. 3

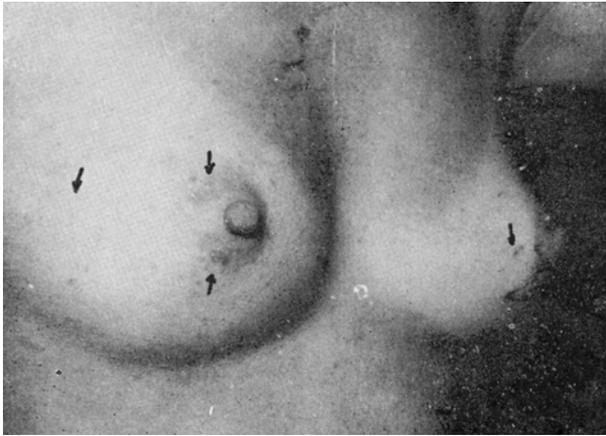


Fig. 4

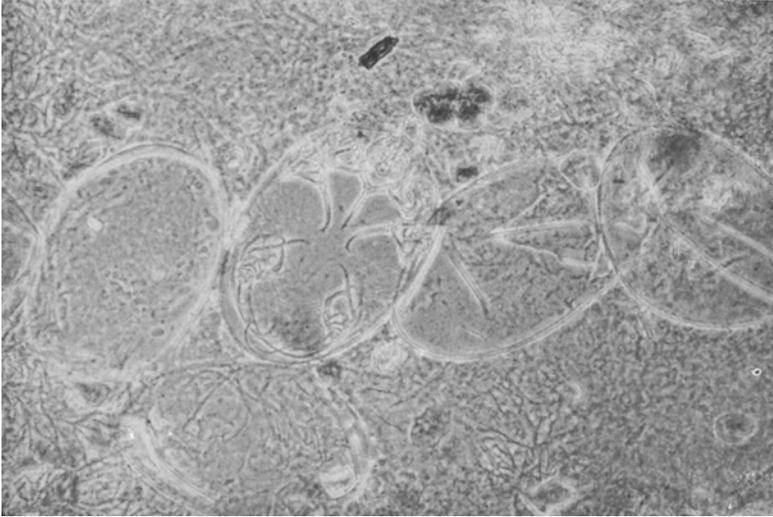


Fig. 5

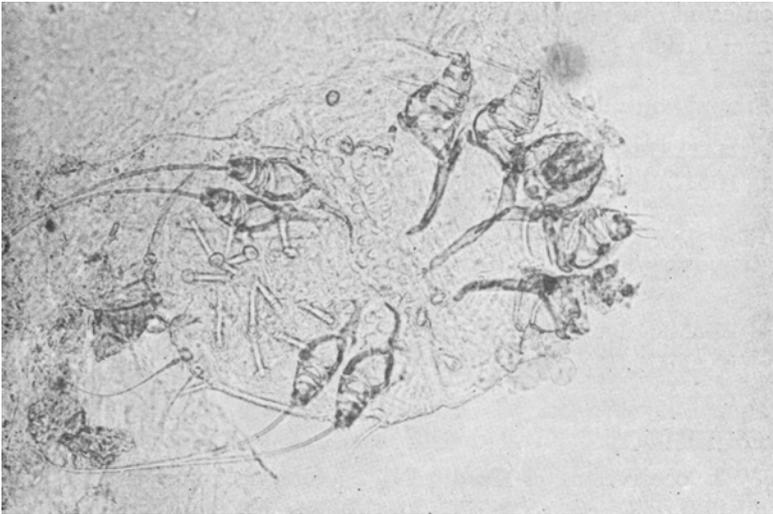


Fig. 6

UÑAS VERDES

Dr. RAUL FACHIN VISO, Dr. MIGUEL CORREA VISO,
Dra. MONTSERRAT CAMPS DE BUA,
Bio. EGLE VISO DE ESPINOZA

INTRODUCCION

Hemos estudiado un total de once (11) pacientes que acudieron a nuestra consulta por presentar cambio de coloración de la (s) uña(s), acompañándose en algunos casos con dolor en el dedo correspondiente. Todas las pacientes pertenecieron al sexo femenino, y casi todas refirieron como único oficio las tareas del hogar, manifestando la mayoría de las pacientes la frecuente y habitual necesidad de usar agua y detergentes, lo que implica un constante traumatismo de las manos y por ende de las uñas.

MATERIAL Y METODOS

Once pacientes que presentaron coloración verdosa de uñas fueron estudiadas por nosotros, siguiéndose el plan de trabajo especificado en el Cuadro N° 1.

CUADRO N° 1

MATERIALES Y METODO.

HISTORIA: Edad, Sexo, Profesión, Evolución, Localización, Tratamiento Previo.

ICONOGRAFIA.

EXAMEN MICOLOGICO: Directo con KOH al 10% y cultivo en Sabouraud y Micocel.

EXAMEN BACTERIOLOGICO: Cultivo y Antibiograma.

EXAMEN DE LABORATORIO: Hematología, Glicemia, Urea.

RESULTADOS

Si observamos el Cuadro N° 2, veremos como la edad de las pacientes osciló entre los 22 y los 53 años de edad. Todos los pacientes, como se señaló al principio, pertenecieron al sexo femenino. La

HISTORIA DE LOS PACIENTES EXAMINADOS

<i>Paciente</i>	<i>Edad</i>		<i>Evolución</i>			
	<i>(años)</i>	<i>Sexo</i>	<i>Profesión</i>	<i>(meses)</i>	<i>Localización</i>	<i>Tratamiento Previo</i>
1	42	F	Enfermera	3	Mano derecha	Sí
2	30	F	O. Hogar	5	Mano derecha	Sí
3	26	F	Laborator.	4	Mano izquierda	Sí
4	22	F	O. Hogar	4	Mano derecha	No
5	47	F	Enfermera	10	Manos y pies	Sí
6	39	F	O. Hogar	12	Mano derecha	Sí
7	36	F	Enfermera	3	Mano der. e izq.	Sí
8	24	F	O. Hogar	8	Mano derecha	Sí
9	31	F	O. Hogar	10	Mano derecha	Sí
10	53	F	O. Hogar	24	Manos y pies	Sí
11	27	F	O. Hogar	1	Mano izquierda	No

evolución de la infección también fue variable oscilando, como puede apreciarse del cuadro en referencia, entre un mes y dos años de evolución; más de la mitad de los casos (6) tenían menos de seis meses de evolución y el resto (5) refirieron más de medio año de la infección. En lo relacionado con la profesión, (8) pacientes tenían como oficio tareas domésticas y (3) pacientes tenían oficios relacionados con el manejo de enfermos, dos enfermeras y una laboratorista.

En lo que a localización se refiere, fue predominante la mano derecha y de esa misma mano el pulgar fue el más frecuentemente atacado. Dos de las pacientes presentaron conjuntamente con la infección de las uñas de las manos, ataque en algunas uñas de los pies.

Nueve de las pacientes por nosotros tratados habían recibido algún tipo de medicación y la mayoría refirió el uso de antifúngicos locales o por vía oral.

Al observar el cuadro N° 3 podremos darnos cuenta que la *Pseudomona Aeruginosa* fue encontrada en el 100% de las pacientes que presentaron coloración verdosa de las uñas. La *klebsiella* estuvo presente en seis de los casos. En igual número la *E. Colj.* El *Estreptococo fecalis* presente en dos de ellos y la *Cándida Albicans* en cuatro casos. En ninguna de las pacientes se encontró asociación con *Dermatofitos*.

CUADRO N° 3
 RESULTADOS DE LOS EXAMENES EFECTUADOS EN LOS PACIENTES

Paciente	<i>P.s. Aeruginosa</i>	<i>Klebsiella</i>	<i>E. Coli</i>	<i>St. Fecal</i>	<i>C. Albicans</i>	<i>Dermatofitos</i>	<i>Glicemia</i>
1	+	+	+	-	+	-	-
2	+	+	-	-	+	-	-
3	+	+	+	+	-	-	-
4	+	-	-	-	-	-	+
5	+	+	-	-	-	-	+
6	+	-	+	+	-	-	-
7	+	+	+	-	+	-	-
8	+	+	-	-	-	-	-
9	+	-	-	-	-	-	-
10	+	-	+	-	+	-	+
11	+	-	+	-	-	-	-

Sólo dos de los once pacientes presentaron aumento de las cifras de Glicemia; urea y hematología no merecen comentarios.

COMENTARIOS

La familia Pseudomonadaceae son bacilos gram negativos, carecen de esporas, crecen rápidamente en los medios de cultivos comunes. El género *Pseudomona* se caracteriza por la producción de pigmento hidrosoluble que difunde a través del medio dando un tinte azul verdoso o amarillo verdoso. La *Pseudomona Aeruginosa* es de la especie más importante en la patología humana. El germen se ha encontrado muchas veces como un simple comensal en estudios realizados a pacientes, sin ser necesariamente patógenos.

En lo relacionado al ataque ungueal, se ha demostrado que la *Pseudomona Aeruginosa* invade a la uña cuando existe una reducción local de la resistencia de la placa producida por los traumas, agua, jabón, etc., o por otras patologías ungueales asociadas.

Aunque hemos encontrado la *Pseudomona Aeruginosa* asociada a otras bacterias y/o a la *Candida Albicans*, responsabilizamos a la primera mencionada de ser la causante de la coloración verdosa que presentaron nuestras pacientes en las uñas.

Lamentablemente, por problemas obvios, no pudo practicarse Antibiograma a todos los pacientes. En los cinco pacientes a los cuales se le pudo practicar el examen antes mencionado, se encontró con que el Gentilyn fue el antibiótico con el que la *Pseudomona* presentó mayor sensibilidad.

En vista del relativo poco tiempo que tenemos desde que observamos el primer caso de uñas verdes hasta el último de los pacientes vistos por nosotros, es que preferimos no incluir en este informe preliminar lo relativo a las modalidades terapéuticas que estamos empleando. Estudios serios sobre infecciones ungueales por *Pseudomona Aeruginosa* relatan terapéutica que variaba desde 15 días hasta 4 meses de tratamiento.

RESUMEN

Los autores presentan el estudio clínico, bacteriológico y micológico de once pacientes que consultaron por presentar cambio de coloración de las uñas de las manos y en algunos casos de los pies. Res

ponsabilizan a la *Pseudomona Aeruginosa* como la causante de la coloración verdosa en las uñas de los pacientes por ellos vistos. No se hacen recomendaciones sobre la terapéutica empleada por el relativo corto tiempo entre el primero y último de los pacientes observados. El Gentilyn fue el antibiótico que presentó mayor sensibilidad ante la *Pseudomona Aeruginosa*. Diabetes Mellitus se encontró asociada en sólo dos de los pacientes estudiados.

**PRUEBAS SOBRE LA NATURALEZA ATOPICA
DE LA PITIRIASIS ALBA**

Dra. EVA KOVES DE AMINI

La pitiriasis alba es una entidad nosológica conocida y descrita hace muchos años bajo diferentes denominaciones, lo cual en sí es ya un índice del desconocimiento etiológico de la misma. El primero en utilizarla fue O'Farrell y la consideramos bastante conveniente desde el punto de vista descriptivo.

El cuadro clínico es suficientemente conocido y pasamos a una revisión somera de la literatura: UNNA opina que se trata de una forma de eczema seborreico, DOBES y JONES piensan que las lesiones son debidas a estreptococos y sugieren la posibilidad de la participación estafilocócica. PARDO-CASTELLO y DOMINGUEZ reportaron haber encontrado aspergilos en 6 cultivos de 36 estudiados; pero JONES no cree que este contaminante común tenga significado etiológico. Este punto de vista es compartido por la mayor parte de los autores. BACCARINI y DINIZ no pudieron demostrar la presencia de cocos ni de hongos. Según DUPERRAT las paraqueratosis pitiriasiformes cuando se localizan en la cara y sobre todo en los niños, toman el aspecto de dartres volantes o impétigo seco de SABOURAUD. En los países tropicales se han descrito las acromias parasitarias que son sumamente frecuentes. Entre estas acromias nos interesa mencionar la acromia parasitaria de JEANSELME, la hipocromia facial de los niños de raza negra de ARGUELLES CASALS, la tinea flava de CASTELLANI. Según DUPERRAT todas estas dermatosis deben ser asimiladas a la pitiriasis versicolor; por último, las manchas actínicas acrómicas (actinic spotted acromia), condición común en el Caribe y en el Golfo de México, independientemente descrita por CORRALES PADILLA y SCHMIDT.

WELLS y col. han hecho una revisión de 10 años en la Clínica

Mayo de Rochester sacando las siguientes conclusiones:

- 1) Mayor predominio entre las razas de color que entre las caucásicas.

- 2) Predominio de las lesiones faciales (81%), seguidas por las de los brazos.
- 3) Mayor incidencia de lesiones en otras regiones corporales en pacientes post-puberales.
- 4) Los exámenes micológicos fueron consistentemente negativos.
- 5) Los estudios bacteriológicos no fueron concluyentes ya que la presencia de diferentes organismos no fue demostrada regularmente.
- 6) Los tratamientos tópicos antibacterianos y antimicóticos no fueron más efectivos que el simple tratamiento con lubricantes.
- 7) La presencia de una resequedad excesiva de la piel debido ya sea al sol o al viento como factores precipitantes o agravantes de las lesiones.
- 8) Hay una tendencia espontánea a la desaparición de las lesiones después de la pubertad.
- 9) La pitiriasis alba no presenta un cuadro histopatológico específico.

Haciendo una revisión de la historia de los pacientes que presentaban pitiriasis alba encontramos que prácticamente todos tenían un antecedente personal o familiar de atopía. En la literatura encontramos que ya existía una sospecha de que la pitiriasis alba pudiera ser una forma clínica de la dermatitis atópica, pero no existía una confirmación experimental, ya que los resultados de las investigaciones hasta ahora efectuadas nunca fueron concluyentes.

La tendencia de las personas atópicas de desarrollar depigmentaciones en zonas con dermatitis es un hecho bien conocido. Este fenómeno es aún observable en regiones tales como las regiones popliteas y zonas no expuestas a la luz solar. Los factores bioquímicos que alteran la melanina o suprimen la melanogénesis en individuos atópicos es desconocida.

LOBITZ ha demostrado que la inyección intradérmica de acetilcolina al 1:1.000 o de su derivado metacolina en áreas de dermatitis atópica presentaban una reacción blanca tardía que es considerada patognomónica de los atópicos. WATKINS reporta que pruebas similares efectuadas en pacientes con pitiriasis alba no presentaron reaccio-

nes concluyentes. El utilizó luego el ester de tetrahydrofurfuryl del ácido nicotínico al 5 % (Trafuril) en forma de pomada basándose en un trabajo de CALLAWAY, el cual lo había usado en pacientes con dermatitis atópica con lesiones activas, observando una decoloración en el sitio de la aplicación. El concluye, por los resultados obtenidos en los casos de pitiriasis alba, de que esta entidad es una manifestación de la tendencia a la depigmentación que es comúnmente expresada por individuos que poseen otras características del estado atópico.

Los objetivos de este trabajo son:

Estudiar la respuesta a la acetilcolina de pacientes con dermatitis atópica, con pitiriasis alba, con historia de atopia sin manifestaciones activas, y personas sin historia de atopia.

1. Respuestas a la acetilcolina de pacientes con dermatitis atópica.

Fueron estudiados 30 pacientes que presentaban dermatitis atópica con lesiones activas y simétricas entre 6 y 23 años de ambos sexos. Se les hizo historia clínica personal insistiéndose en los antecedentes atópicos personales y familiares. Se investigó la eosinofilia sanguínea.

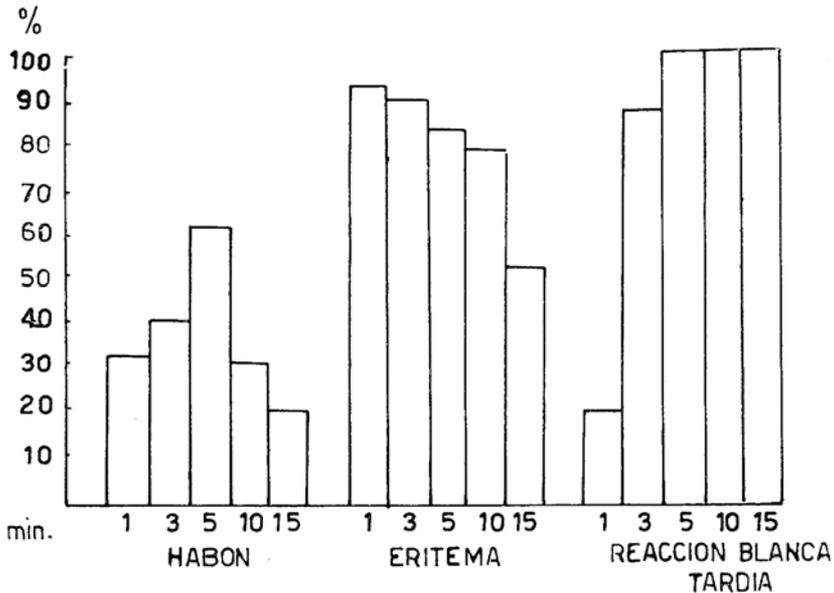
Se inyectó 0,1cc de una solución al 1:1.000 de acetilcolina en suero fisiológico por vía intradérmica en la zona afectada con el objeto de determinar la presencia o ausencia de la reacción blanca tardía. Como control se inyectó 0,1 cc. de suero fisiológico intradérmico en zonas de piel afectadas y simétricas. Se consideran como respuestas positivas aquellas en las cuales se observó un blanqueamiento del habón que resulta de la inyección, aumento de tamaño de este habón y aparición de un blanqueamiento alrededor del habón o presencia de uno o más pseudópodos. Los pacientes fueron observados a intervalos de 1', 3', 5', 10' y 15'.

RESULTADOS

La aparición de un habón seguido por un halo eritematoso y sudoración constituyen las reacciones de las personas normales a la inyección de acetilcolina. Lo que llama la atención es la aparición en el habón mismo una zona blanca persistente que tiene tendencia a extenderse periféricamente en forma lenta a veces formando verdaderos pseudópodos. Este corresponde a la reacción blanca tardía de Lobitz. Este autor considera que este fenómeno se debe a una vasoconstric

ción local. Davis, basándose en observaciones hechas con el microscopio capilar, lo atribuye a un edema local. El eritema, debido a la dilatación por reflejos axonal de las arteriolas, es equivalente a la segunda fase de la *triple respuesta de Lewis y Grant*.

CUADRO Nº 1



La persistencia del blanqueamiento del habón y su extensión fuera del mismo al minuto de la inyección en el 20% de los casos es lo que constituye la diferencia con la reacción vascular normal. Ya a los 3' el 83% presentaba el fenómeno y a partir de los 5', 10', y 15' el 100% de los casos.

En los controles salinos se nota una reacción blanca debida al trauma y que se observa en los atópicos al ser presionados con un instrumento romo. Se diferencia de la reacción blanca tardía porque aparece entre los 15' y 30', está delimitada por el sitio de la inyección y dura sólo de 2' a 5'. La reacción blanca tardía aparece entre los 3' y 3' y persiste de 15' a 30'.

2. Respuesta a la acetilcolina de pacientes con pitiriasis alba.

Fueron estudiados 32 pacientes con pitiriasis alba con lesiones activas y simétricas entre los 7 y 22 años, de ambos sexos. Se les hizo historia personal y familiar, habiéndose hecho énfasis en los antecedentes atópicos. Nos pareció muy interesante el hecho de que en nuestros casos estudiados, la incidencia de antecedentes atópicos fue de un 100%.

RESULTADOS

A la inyección intradérmica de acetilcolina apareció un habón blanquecino que se caracterizó por la persistencia de este blanqueamiento, ya que este efecto desaparece rápidamente cuando es causado por trauma. El habón aumentó de tamaño y apareció lentamente un blanqueamiento periférico. Este blanqueamiento resaltaba aún en la hipócromía circundante de la lesión. Al habón de control con suero fisiológico en la zona afectada simétrica, le corresponden las mismas observaciones hechas en la experiencia anterior. Esta experiencia se repitió en 15 pacientes en piel aparentemente sana con los mismos resultados, pero con una intensidad algo menor. (Cuadro 2).

3. Respuesta a la acetilcolina de pacientes con historia atópica sin manifestaciones activas.

Se estudiaron 21 casos de pacientes atópicos sin presentar ninguna manifestación clínica. Observamos reacciones idénticas a las ya descritas; pero la intensidad estaba disminuida.

4. Respuesta a la acetilcolina de personas sin historia atópica.

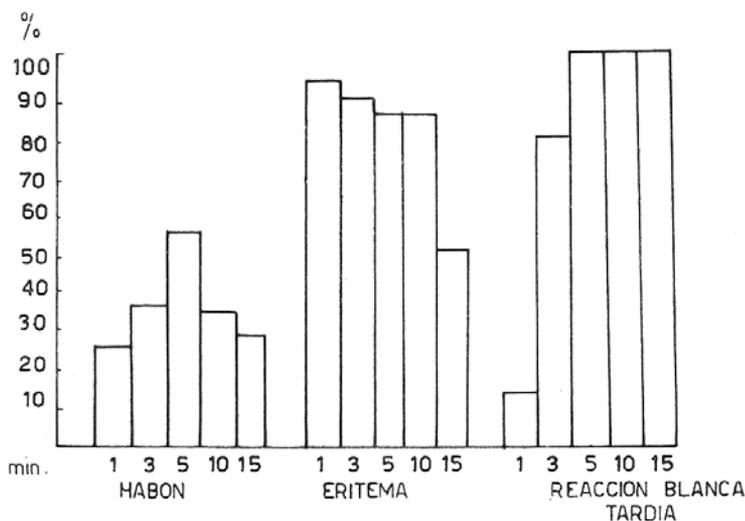
Se estudiaron 15 personas sin historia atópica. Los resultados fueron las de las personas normales a la acetilcolina.

CONCLUSIONES

De estas cuatro experiencias hemos sacado las siguientes conclusiones:

1. Los pacientes con *dermatitis atópica* presentando lesiones activas, acusan en un 100% una reacción blanca tardía en el sitio de la inyección de acetilcolina, de acuerdo con la experiencia de Lobitz, la cual es patognomónica de la dermatitis atópica.
2. Los pacientes con *pitiriasis alba* presentaron: 1° en un 100% una reacción blanca tardía en los sitios de inyección de la acetil-

CUADRO Nº 2



colina, 2° una historia personal o familiar atópica en un 100% de los casos, 3° un conteo eosinofílico algo más elevado que el de la población normal en el 40% de los casos.

3. Los pacientes atópicos sin manifestaciones clínicas mencionan a la acetilcolina en forma similar a los pacientes con lesiones activas, pero con una intensidad algo menor.
4. Los cuadros clínicos tan similares de dermatitis atópica y de pitiriasis alba, especialmente cuando las lesiones están localizadas en la cara, la tendencia a desaparecer en la pubertad, la evolución por brotes y estos brotes apareciendo en muchos casos después de una exposición solar, o cuando existen, empeorando, y sin un cuadro histopatológico específico en ninguno de las dos entidades, nos hace estimar que estos experimentos y observaciones son factores favorables para considerar a la pitiriasis alba como una forma clínica de la dermatitis atópica.

RESUMEN

Se hace un estudio comparativo de las respuesta a la acetilcolina intradérmica en pacientes con dermatitis atópica, pitiriasis alba, atópicos sin lesiones activas y no atópicos. Se concluye con los pacientes con pitiriasis alba presentan en un 100% una reacción blanca tardía similar a la que ocurre en los pacientes con dermatitis atópica y que es patognomónica del estado atópico, además de la existencia de una historia personal o familiar de atopia.

Se considera que la pitiriasis alba es una forma clínica de la dermatitis atópica.

IMPORTANCIA DE LA DERMATOLOGIA PEDIATRICA

Dr. JUAN MARIA ARROYO

INTRODUCCION

La tendencia del Pediatra a la subespecialización así como la del Dermatólogo, han sido aceptadas como una necesidad por el amplio campo que ofrecen las dos especialidades.

Hay razones suficientes para darle importancia a la Dermatología Pediátrica y son las siguientes:

- 1) Al aumentó de la población infantil.
- 2) A la frecuencia de lesiones dermatológicas en el niño.
- 3) La diferencia anatómica entre la piel del niño y en especial la del lactante con la del adulto, por ser más delgada, menos cornificada, menos pilosa, con menos glándulas sudoríparas y sebáceas, ausencia de glándulas apocrinas.
- 4) Químicamente es más permeable a sustancias especialmente líquidas.
- 5) Tendencia a la vesiculación.
- 6) Tendencia a las infecciones.

MATERIAL Y METODO

Se revisaron 100 historias de primeras consultas de niños con afecciones en la piel, enviados de la consulta de Pediatría (Serv. Méd. Empleados del S.A.S.) Se les elaboró Historia Dermatológica y se tomó en cuenta únicamente la impresión Diagnóstica para la elaboración del trabajo.

CONCLUSIONES:

- 1) La dermatitis atópica sigue ocupando el primer lugar: 18%. El trabajo del Dr. Juan Di Prisco, publicado en los Archivos Venezolanos de Puericultura y Pediatría: Vol. IV (7-14), 1952:

revela un 20,04%. La revisión practicada por la Dra. Eva Koves de Amini y el Dr. Antonio José Rondón Lugo, realizado en el Hospital Vargas de Caracas y publicado en los Archivos del Hospital Vargas: Vol. XII (89-94) : 1 y 2, 1970: revela un 21,11%.

- 2) La Epidermomicosis, incluyendo casos de Candidiasis, reveló: 15%.
Dr. Juan Di Prisco: 7,01%.
Dra. Eva Koves y Dr. Rondón: 8,39%.
- 3) Pitiriasis Alba: 6%.
- 4) Dermatitis Seborreica: 6%.
Dr. Juan Di Prisco: 1,26%.
Dra. Eva Koves y Dr. Rondón: 1,72%.
- 5) Lesiones modificadas: 5%.
- 6) Prúrigo : 4% .
Dr. Di Prisco: 7,8%.
Dra. Eva Koves y Dr. Rondón: 17,25%.
- 7) Piodermatitis: 4%.
Dr. Di Prisco: 17,82%.
Dra. Koves y Dr. Rondón: 3,97%.
Dr. Di Prisco: 14,20%.
Dra. Eva Koves:
- 8) Escabiosis : 3 %.
- 9) Dermatitis por contacto: 3%.
Dr. Di Prisco: 4,75%.
Dra. Eva Koves: 1,72%.
- 10) Alopecia areata: 3%.
Dr. Di Prisco:
Dra. Eva Koves:

OBSERVACIONES

- 1) La Dermatitis atópica, sigue ocupando el primer lugar. Por la larga evolución de la enfermedad, se requiere tener criterio de Dermatología Pediátrica para el manejo de estos casos.

- 2) La Pitiriasis Alba: La alta relación con Parasitosis Intestinal. Los antecedentes alérgicos y la evolución clínica, la diferencia de una forma de comienzo de Dermatitis atópica.
- 3) El alto porcentaje de lesiones modificadas, por tratamientos previos, que reciben esteroides por largo tiempo.
- 4) El porcentaje elevado de Piodermatitis, observado por el Dr. Di Prisco, probablemente tenga relación con el elevado porcentaje de Escabiosis.
- 5) El elevado porcentaje de prurigo, observado por la Dra. Koves y Dr. Rondón, probablemente tenga relación con el nivel socioeconómico.
- 6) El porcentaje de Dermatitis por contacto, no varía.

RECOMENDACIONES

- 1) Analizar la importancia de la Dermatología Pediátrica.
- 2) Contemplar aspectos Dermatológicos en la formación del Pediatra.
- 3) Velar por la Impresión Diagnóstica, para la elaboración de un plan de Investigación.
- 4) Recalcar en el mal e indiscriminado uso de aplicaciones tópicas.

CUTIS MARMORATA TELANGIECTASICA CONGENITA

Dr. OSCAR J. PERFETTI

La revisión de la literatura revela que se trata de una enfermedad congénita muy rara descrita por primera vez bajo el nombre de C.M.T.C., por Van Lohuizen en 1922, sin embargo ya otros autores (Neumark), habían publicado casos similares con diferentes denominaciones siendo la más antigua la de Pollitzer: Naevus Angiectodes disseminatus (1889). Tumphries (1952) reporta un caso denominándolo "Generalized Congenital Phlebectasia".

En Europa ha sido descrita, principalmente en Alemania, Scandinavia, Francia, Italia, Inglaterra, Bélgica y España.

Touraine en 1940 sólo encuentra 18 casos publicados. (Desde entonces se ha reportado un número aproximadamente igual de casos). En el Continente americano sólo -existen siete publicaciones en los Estados Unidos y tres en Argentina.

En nuestro país no ha habido aparentemente ninguna comunicación ni publicación al respecto. Nos ha parecido de interés nosológico e iconográfico presentar un caso de esta afección que tuvimos oportunidad de observar en el Hospital Ordaz de la Orinoco Mining Company en Puerto Ordaz, Ciudad Guayana, Estado Bolívar, Venezuela).

La enfermedad consiste esencialmente en la presencia de manchas de color rojo violáceo que adoptan la forma de una malla reticulada livedoide subepidérmica que recuerda al Cutis Marmorata pero que se diferencia de éste por no ser una simple anomalía transitoria vasomotora sino por el contrario, una verdadera alteración orgánica de los capilares venosos dérmicos, es decir, ectasias claramente demostrables, pero de etiopatogenia discutida. La afección puede involucionar hasta su desaparición, o por el contrario permanecer hasta la edad adulta y aún cursar con otras complicaciones.

La mayor parte de las publicaciones revisadas carecen de estudio histopatológico, sólo Van Lohuizen y Pierini presentan consistentes hallazgos morfológicos. Pierini: describe en uno de sus casos: "Discreta hiperqueratosis epidérmica: cuerpo mucoso conservado: capa basal con ligera sobrecarga de melanina. En la dermis superior, los vasos capilares y subcapilares están discretamente dilatados y rodeados por edema y escasos infiltrados linfocitarios. Los linfáticos están igualmente dilatados, pero sin infiltración perivascular. Las fibras colágenas están separadas por edema. No se demuestra la presencia de mucopolisacáridos ácidos (técnica de Hale). Las fibras elásticas adelgazadas forman una armazón laxa muy delicada. En el límite dermohipodérmico se ven venas de mediano y pequeño calibre dilatadas y congestivas. En plena hipodermis se observa una vena enorme, con paredes engrosadas, cuya luz está ocupada por tejido conectivo atravesado por cavidades vasculares de contorno irregular (vena varicosa con trombosis organizada y recanalizada). El tejido adiposo hipodérmico es abundante y con capilares dilatados. Los anexos pilosebáceos son atróficos. Los glomérulos sudoríparos no muestran alteraciones".

El diagnóstico de esta afección se hace fundamentalmente por la clínica.

En fin, la enfermedad es considerada como un proceso de naturaleza novoide congénita no familiar, en el cual la alteración principal es una congestión vascular pasiva de capilares dérmicos. Para explicar la cual existen diversas teorías:

Van Lohuizen en sus casos plantea la posibilidad de que existe un estado de refractariedad congénita vasoconstrictora y vasodilatadora de los pequeños vasos de determinada región cutánea.

Keining lo considera un proceso névico por malformación de capilares cutáneos.

Touraine opina se trata de una genodermatosis.

Zirilli dice deberse a la formación de sustancias activas capilarotropas, histamionides, ácido carbónico, en las dilataciones de capilares que estimularían las fibras parasimpáticas, dando origen a ectasias permanentes.

PRESENTACION DEL CASO

Se trata de una recién nacida de 24 horas, quien presenta una lesión livedoide casi generalizada en forma de malla reticulada color rojo violáceo intenso que afecta miembros superiores e inferiores y hemicuerpo izquierdo (Figs. 1, 2, 3), respetando mucosas, cara y regiones palmoplantares, poco modificables con los cambios térmicos, persistente, apreciándose algunas telangiectasias sobre las manchas (Fig. 4). Los anexos cutáneos son completamente normales. El resto del examen físico no revela ninguna anomalía.

Durante su estancia en el hospital presenta un cuadro de pseudo-obstrucción (Figs. 5, 6) intestinal que cede espontáneamente.

No hay antecedentes familiares de importancia. Padres sanos no consanguíneos.



Fig. 1: Lesiones livedoicles evidentes en hemitórax izquierdo y miembros, recién nacido de 24 horas.



Fig. 2: En esta fotografía se aprecian cómo las lesiones abarcan miembros inferiores y región glútea, dorso normal.

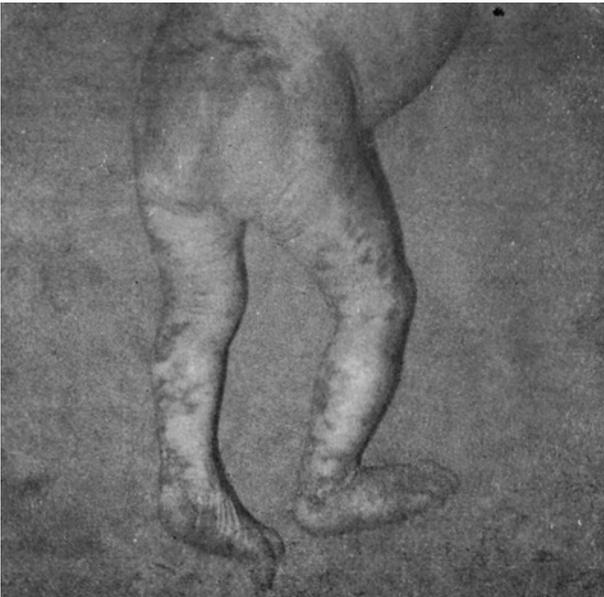


Fig. 3: Lesiones típicas en glúteos y miembros inferiores. Obsérvense la disposición en malla reticulada contrastando.

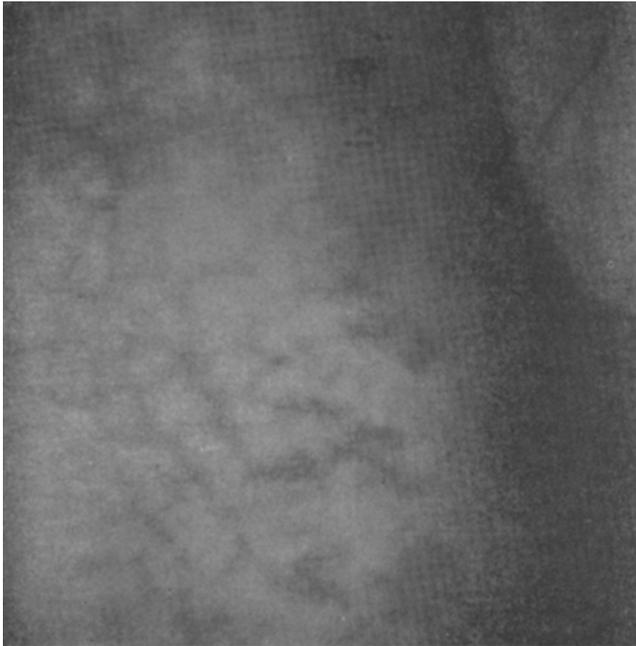


Fig. 4: Detalle de las lesiones donde se aprecia la disposición reticular de las mallas y su localización subepidérmica, algunas telangiectasias presentes.

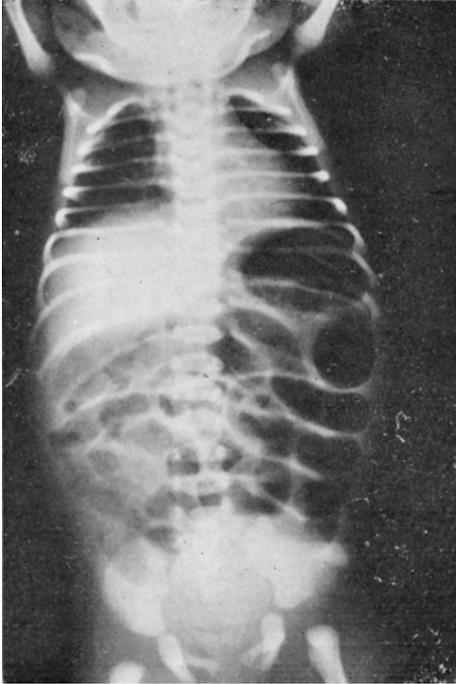


Fig. 5: Radiografía simple abdomen, se observan dilataciones en esas delgadas, estómago e intestino grueso, no hay niveles líquidos. Tomada a las 72 horas de nacida.



Fig. 6: Radiografía tomada a las 96 hora de nacida. Muestra dilatación asas intestinales y colon, no hay niveles líquidos y medio de contraste se visualiza en el lumen intestinal.

Madre primigesta con embarazo normal, a término, parto por cesárea debido a placenta previa y presentación podálica. Nace con insuficiencia respiratoria transitoria recuperándose a los pocos minutos.

La paciente ha sido controlada periódicamente apreciándose 18 meses más tarde (Figs. 7, 8) la misma disposición reticulada menos acentuada de aspecto marmóreo, pero bien definido (Figs. 9, 10, 11).

Los exámenes de laboratorio: Ht: 36; Hb: 11,10. Leucocitos: 8.200 x mm'. Heces normal. VDRL: No reactivo. Glicemia: 80. Urea: 18. Creatinina: 0,70. Rx cráneo: normal. Rx tórax: normal. Tránsito gastrointestinal: normal. ECG: bloqueo rama derecha.

El desarrollo psicomotor esencialmente normal existiendo una pequeña diferencia en el diámetro de los miembros afectos.

Estudio histopatológico: (Dr. Berríos, Gilberto). Biopsia de piel N° 4893. (Figs. 12, 13). Muestra de 0,2 cms. Epidermis discreta hiperqueratosis. No hay otras alteraciones epider-

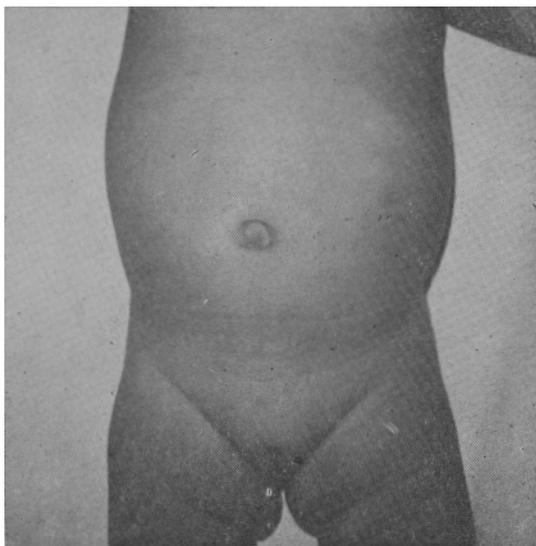


Fig. 7: El mismo caso visto 6 meses más tarde, puede apreciarse la casi desaparición de lesiones en hemitórax.



Fig. 8: Control a los 6 meses, en miembros inferiores se aprecian lesiones netamente visibles aunque menos marcadas que al comienzo.

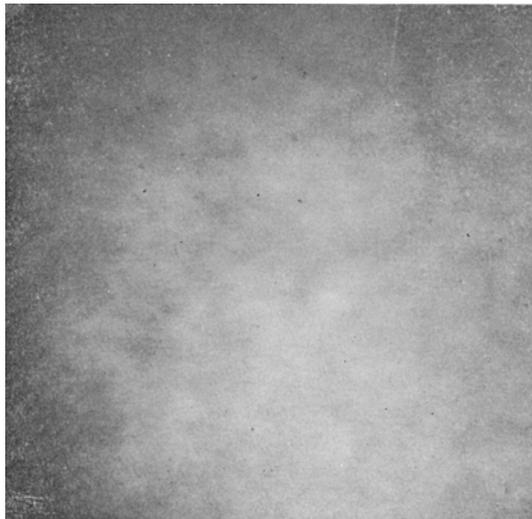


Fig. 9: Detalle de hemitórax izquierdo, apenas se destacan las mallas y en disposición reticular.

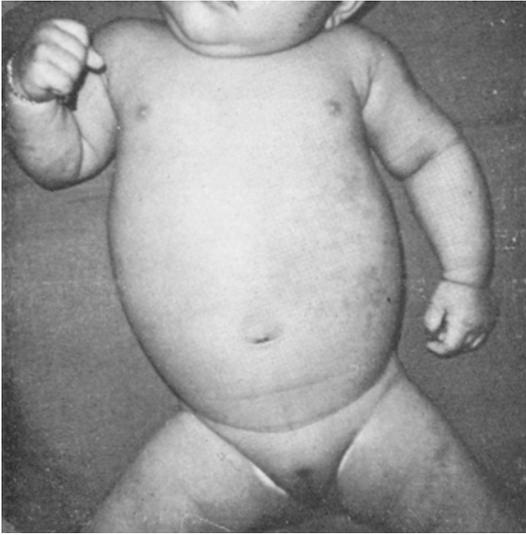


Fig. 10: Lactante a los 18 meses de edad. Persistencia de lesiones livedoides menos acentuadas que al nacimiento

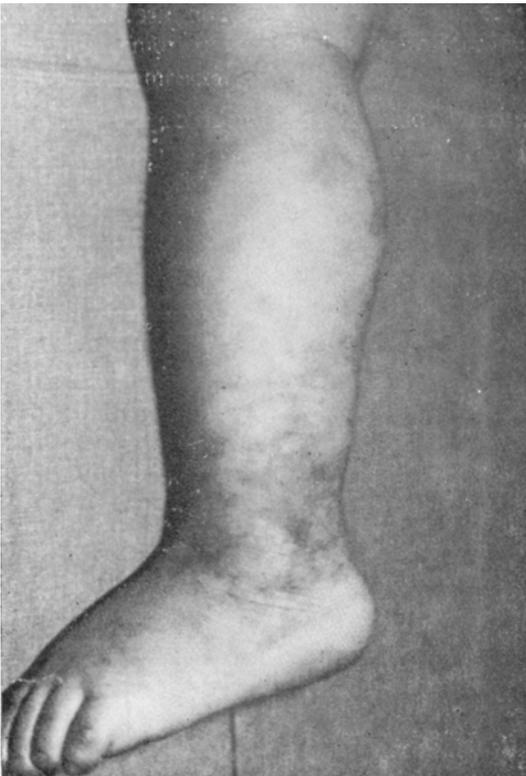


Fig. 11: Lactante a los 18 meses. En miembros inferiores son menos marcadas las lesiones.

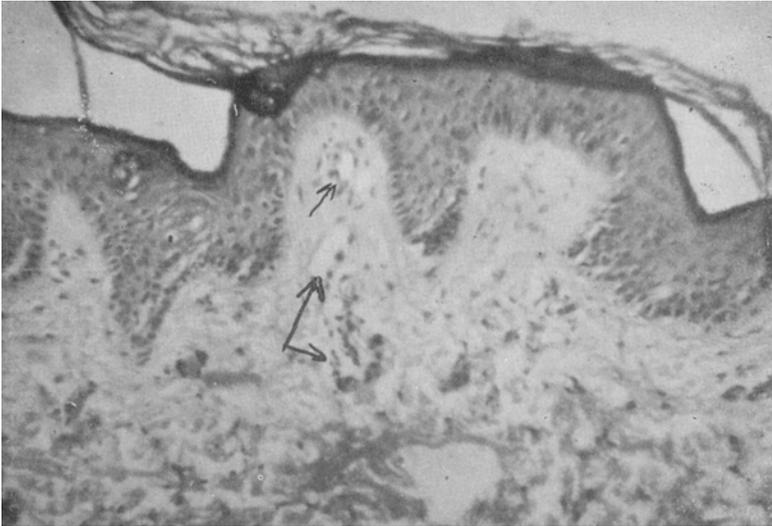


Fig. 12: Ectasias capilares en dermis superior, se aprecia discreto infiltrado linfocitario. Ausencia focos hemorrágicos. No se aprecia alteración del colágeno. (Hematoxilina-eosina X 500)

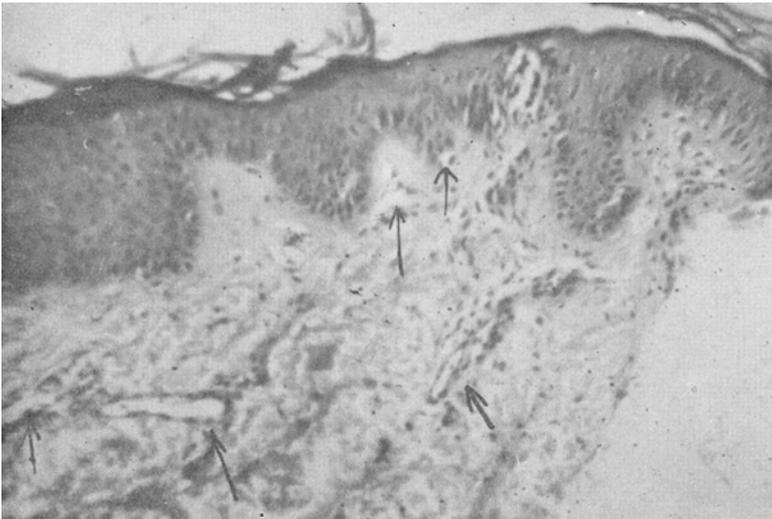


Fig. 13: Se observa la integridad de la epidermis, con discreta hiperqueratosis. En el dermo superior ectasias capilares claramente visibles. Infiltrado linfocitario discreto. (Hematoxilina-eusina X 500).

mis. En la dermis superficial se nota una discreta dilatación de los capilares. Discreto edema perivascular y muy discreto infiltrado linfocitario. No hay subcutáneo en la muestra.

COMENTARIOS

C.M.T.C. Representa por su rareza (menos de 100 casos reportados) una verdadera curiosidad en Dermatología, pero dada la posibilidad de coexistir con anomalías congénitas de importancia (SturgeWeber, Ductus Arteriosus), creemos debe ser diferenciada del Cutis Marmorata simple, así como de aquellos livedos que dada su relativa frecuencia en lactantes, pueda hacernos olvidar la existencia de esta enfermedad.

Nuestro caso tiene peculiaridades de interés. Primero, fue visto por nosotros inmediatamente después de nacido; la mayor parte de los casos ha sido descubierta después de varios meses de edad. Esta circunstancia confirma el carácter congénito de la C.M.T.C. Las lesiones involucraron durante los tres primeros meses y han permanecido estacionarias. No hay otras alteraciones orgánicas o funcionales aparentes excepto un bloqueo en rama derecha al ECG cuya explicación se nos escapa.

En cuanto a las diferencias de circunferencia entre los miembros, nosotros en nuestro caso hemos hallado el mismo grado publicado por otros autores, pero consideramos que tales cifras no son significativas ni fidedignas en razón del método.

La histopatología en nuestro caso es tan pobre como la publicada por otros autores. Lamentablemente fue difícil obtener permiso para la biopsia y el tamaño de la misma fue necesariamente pequeño.

EPITELIOMA INTERMEDIARIO SOBRE VACUNA ANTIVARIOLICA

Dr. GONZALO SENABRE

Se presenta un caso de un paciente con Epitelioma Intermediario sobre vacunación antivariólica que nunca llegó a cicatrizar.

Se trata de un paciente, masculino, 50 años de edad, raza blanca, español, con el hábito de ir semanalmente a la playa a pescar.

Hace aproximadamente 13 años fue vacunado con vacuna antivariólica, ésta nunca cicatrizó y desde esa época presenta ulceración con dolor y ardor discretos.

El Examen: Lesión situada en $\frac{1}{3}$ medio cara externa brazo derecho, ovalada, con diámetro mayor horizontal 1,5 cm. y menor vertical 1 cm., ulcerada en el centro, bordes lobulados, perlado en algunos sitios, pigmentado. Base eritematosa, no infiltrado, deslizable sobre planos profundos. No adenopatias.

Estudio histológico: Epitelioma Intermediario. Se le practicó extirpación amplia de la lesión.

El primer caso reportado de Epitelioma sobre vacuna antivariólica corresponde a Auger (Canadá) en el año 1943; era un Epitelioma Espinocelular sobre una vacunación recibida hacía 30 años.

En 1956 Rea relata el segundo caso de un Espinocelular.

En 1960 Dorsey y colaboradores comunican cinco Basocelulares.

En 1964 Marmelzat describe los primeros melanomas sobre vacuna antivariólica: cinco sobre región deltoidea y uno sobre cicatriz de muslo; y en ese mismo año Colzee describe un Dermatofibrosarcoma Protuberans aparecido a los dos años de la vacunación.

En 1966 Almeida Goncalves describe un basocelular veinte años después de aplicación de vacuna antivariólica.

En 1968 Marmelzat (California) publica el trabajo más completo sobre el tema, reuniendo 24 casos discriminados así:

5 Melanomas Malignos

13 Basocelulares

5 Espinocelulares

Uno de estos pacientes presenta los tumores en sitios bilaterales de vacunación y otro paciente en 3 sitios distintos de vacunación.

Algunos de estos pacientes tenían otros epitelomas en otros sitios del cuerpo.

Este autor se pregunta cuál es el papel del virus de la vacuna en estos casos; y dice que es desconocido y difícil de concebir. O sea, el Neoplasma fue inicialmente comenzado por el virus o se desarrolló porque las cicatrices en general predisponen a la generación maligna.

El período de tiempo en que apareció el tumor después de la vacunación fue variable, generalmente muchos años; más de 20 años, lo que favorece la segunda teoría de la cicatriz como factor precanceroso.

Se pregunta el autor, ¿será que habrá una predisposición especial de la piel en estos pacientes que los hace más susceptibles a sufrir tumores de piel?

Sin embargo ninguno de los grupos de cinco pacientes con Melanoma Maligno tenían Epitelioma; sólo uno de los que tenían Espinocelular (5 en total) tenían otro tumor (un Basocelular) y seis de los trece con Basocelular tenían otros tumores.

O sea, concluye que se necesitan otros estudios clínicos, epidemiológicos y de laboratorio para precisar el rol de vacuna antivariólica como determinante de Epitelioma cutáneo.

Y finalmente Zelikson cita un caso excepcional: un Basocelular inmediatamente después y en el sitio de la vacuna.

Otras publicaciones son de Read y Jones en 1968, comunican seis casos: 4 Basocelulares, 1 Espinocelular y 1 Melanoma Maligno. En este caso el Melaroma Maligno se desarrolló a los nueve meses de la vacunación; el autor plantea la idea de que el virus quizá indujo mutación del melanocito.

L., última publicación al respecto apareció en Medicina Cutánea de Oscar Bianchi y colaboradores que cita tres pacientes:

1 Melanoma Maligno aparecido a los cuatro años de la vacunación.

1 Epitelioma Anexial intermediario a los seis años de la vacunación.

1 Dermatofibroma a los cinco años sobre cicatriz queloidea.

Este sería como el N° 51 publicado en la Literatura mundial y el 2° aparecido sobre vacunación sin cicatrizar.

**LA ACRIDINA-NARANJA COMO MARCADOR
NO ENZIMATICO DELISOSOMAS ENPROTOZOARIOS
LEPTOMONAS DONOVANI Y LEISHMANIA BRASILIENSIS**

Dres.: IMELDA CAMPO-ASSEN y CARMEN L. TOVAR

INTRODUCCION

Nuestras observaciones se realizan en protozoarios vivos incubándose el medio en presencia de acridina-naranja utilizando los parámetros necesarios en el medio externo y observando al mismo tiempo la capacidad metabólica de las leptomonas leishmanias. Se hizo estudio comparativo con algunas hidrolasas como faspataasa ácida, alfa naphthylacetato-esterasa y L-Leucil-amino-peptidasa.

MATERIAL Y METODOS

Se utilizó cepa de *L. donovani* mantenidas durante varios años en medio modificado de Davis y repicadas cada 8 días. La solución de acridina-naranja usada fue de 0,02 cc. de acridina al 2% y 0,5 ml del medio de leptomonas a pH. 7,2; se pusieron en contacto y se observaron cada 5 minutos *in vivo* usando una gota del medio y observadas entre lámina y laminilla en el microscopio fluorescente. Para detener la movilidad de las leptomonas, al medio contenido acridina se le añadió 0.5 cc. de glutaraldehído al 2.5% como fijador. Se hizo la observación al microscopio después de 5 minutos, cada 5 minutos y hasta los 45 minutos subsiguientes. Se hizo la observación *in vitro* a los mismos tiempos indicados. Se empleó para ello una gota, se hizo frotis en láminas, se dejó secar al medio ambiente y se observó entre lámina y laminilla. También se utilizaron leishmanias extraídas de granuloma experimental provocado en la base de la cola de ratón sin pelo (háirlessmouse) a partir de paciente de leishmania tegumentaria difusa. Las leishmanias se obtuvieron macerando el tejido primero directamente con tijeras y luego en un macerador manual de vidrio en buffer salino tamponado. No fue necesario inmovilizar al parásito debido a su falta de flagelo.

Para la observación de leptomonas y leishmanias se prefirió centrifugar el medio más la acridina a 1.000 rpm por cinco minutos, antes de hacer el extendido. Las observaciones se hicieron usándose foto microscopio Zeiss equipado con ABO 200 (Osrain) high pressure Mercury laimp, con lente de inmersión y filtro BG12 como activador y film Fujichrome. Se hizo control utilizándose medios de cultivo de leptomonas y leishmanias sin acridine-orange.

RESULTADOS

Se observó fluorescencia verde brillante transparente en todas las leptomonas y leishmanias visibles. Las primeras mostraban una gran motilidad. El núcleo y el blefaroplasto se observó de un color verde amarillento homogéneo y sólido. Entre los 10 a 15 minutos de iniciado el experimento *in vivo* se observó la presencia de gránulos fluorescentes intensamente anaranjados, brillantes y de gran movilidad intracitoplasmática. Al observar estos gránulos se pudo determinar en todas las ocasiones que el gránulo fluorescente tenía tendencia a empalidecer para ir desapareciendo rápidamente. Este fenómeno se llevaba a cabo en un tiempo de 15 a 20 segundos contados cronométricamente. Entre los 15 a 20 minutos siguientes se observaron de 4 a 5 gránulos intracitoplasmáticos (Fig. 2) en las leptomonas y una pérdida lenta y evidente de la motilidad del parásito. Es de observar que mientras un buen número de parásitos no presentaban gránulos anaranjados fluorescentes, otras leptomonas presentaban uno o más gránulos y otras 4 a 5 gránulos en su interior dentro del mismo campo visual. Se observó una pérdida visible de la motilidad de las leptomonas mientras mayor era la ingestión de gránulos, es decir, que la presencia de gránulos intracitoplasmáticos estaba en razón indirecta a la motilidad de las leptomonas. A los 30 minutos buena parte del citoplasma se encontraba recubierto de gránulos (Fig. 3) y con escasa motilidad. Dentro de los 40 a 45 minutos subsiguientes se observó el citoplasma totalmente anaranjado con absoluta inmovilidad del parásito. A este tiempo ya no fue necesario inmovilizar a las leptomonas. (Fig. 4). Las observaciones hechas en leishmanias extraídas del nódulo experimental revelaron entre los 5 a 10 minutos parásitos intensamente teñidos de amarillo naranja al lado de parásitos con fluorescencia verde (Fig. 5). La fosfatasa ácida en leptomonas y leishmanias (Figs. 6 y 7) mostraron positividad intracitoplasmática manifestada por gránulos intracitoplasmáticos de color pardo oscuro.

DISCUSION

El empaldecimiento de los gránulos anaranjados ha demostrado cómo la ingestión lisosómica se llevó a efecto bajo nuestros ojos siendo la acridina totalmente disociada en sus componentes. La progresiva invasión del citoplasma del parásito por la acridina se manifestó por la fluorescencia anaranjada cada vez más marcada acompañándose de una motilidad decreciente del parásito. Esta ingestión se realizó a una rata muy intensa que imposibilitó una digestión rápida, provocando la inmovilidad y la muerte del parásito. Según evidencia ultraestructural demostrada por otros investigadores, estos son lisosomas primarios o cuerpos multivesiculares originados en el Aparato de Golgi.

No son fagosomas originados por pinocitosis. Esta acumulación sería dependiente de la energía cuando la exposición a la concentración de la acridina es alta y por corto tiempo.

La presencia de leptomonas incapaces de presentar lisosomas marcados fue interpretado por nosotros como parásitos inactivos metabólicamente.

La desaparición y movilidad del gránulo fluorescente anaranjado no podría ser interpretado como el "fading" natural de la fluorescencia ya que ésta se produce con gran rapidez y movilidad mientras que comparativamente la fluorescencia del resto del parásito permanece igual.

Las observaciones hechas en *Leishmanias brasiliensis* revelaron una tasa metabólica mucho más rápida e intensa que para las leptomonas ya que entre los 5 a 10 minutos bajo las mismas condiciones, la gran mayoría de leishmanias mostraban el color amarillo naranja propio de una masiva penetración de la acridina en el interior de la leishmania.

Además de las hidrolasas ácidas la microscopia fluorescente con acridina naranja nos ha facilitado la manera de estudiar *in vivo* la capacidad igualmente hidrolítica metabólica de estos protozoarios, pudiendo ser utilizado posiblemente como modelo experimental en el estudio de los lisosomas.

Esto ha sido igualmente comprobado por nosotros en *Leishmanias brasiliensis* extraídas de granuloma parasitario.

ALGUNAS TECNICAS TERAPEUTICAS DERMATOLOGICAS

Dr. JACOBO OBADIA SERFATY

Dra. MARBELLA Y. ROMERO

Dr. JESUS ADOLFO LOPEZ H.

Dr. WILLIAM ABRAMOVITS

Br. LUIS ALFREDO GONZALEZ

VIBROPUNTURA ENDERMATOLOGIA

INTRODUCCION

Durante un período de más de diez años hemos venido utilizando el método de vibropuntura en un buen número de pacientes. Al comienzo de nuestras experiencias lo utilizamos casi exclusivamente en el tratamiento complementario de las alopecias. A través del tiempo lo fuimos utilizando también en otro grupo de entidades dermatológicas.

Habiendo sido los resultados obtenidos muy satisfactorios, en un alto porcentaje de pacientes, creemos útil dar a conocer una vez más nuestras experiencias al respecto.

Somos grandes entusiastas del método y lo utilizamos prácticamente de rutina en todos los casos donde está indicado; no solamente por la sencillez en lo que respecta al manejo, sino además por la gran aceptación por parte de los pacientes en los cuales se ha utilizado. Ha sido en la inmensa mayoría de los casos la perfecta solución a muchísimos problemas, los cuales estaban relegados a simples tratamientos locales y/o quizá a mínimas indicaciones desde el punto de vista general. Con la utilización de esta técnica hemos observado las mejorías más rápidamente, para beneplácito de nuestros pacientes y nuestra propia satisfacción.

EQUIPO UTILIZADO

El equipo utilizado por nosotros consta de las siguientes partes: 1)

ROTOR

Pedal Acelerador

Motor
Guaya

2) DERMAYECTOR DE CONWAY

Cuerpo
Camisa

3) AGUJAS

DESCRIPCION

El rotor es el mismo utilizado en el equipo de Dermabrasión, el cual puede alcanzar una velocidad hasta de 25.000 rpm. requiriéndose para vibropuntura velocidades comprendidas entre 3.000 y 5.000 rpm., las cuales se controlan con el pedal acelerador. Las revoluciones obtenidas en el motor son transmitidas por una guaya hasta el Dermayector de Conway, bien sea simple o su modificación e1_ Heavy Duty. El *Dermayector* transforma el movimiento rotatorio (de la guaya), en vibratorio y consta de un cuerpo donde se aloja el mecanismo del aparato y de una camisa que lo recubre.

En la punta de esta pieza van colocadas las agujas, las cuales se presentan en piezas de 6, 9 y 12 y cuya penetración es regulada variando la posición de la camisa del Dermayector.

CUIDADOS DEL EQUIPO

El mantenimiento de estos aparatos es muy sencillo. Al motor basta lubricarlo mensualmente con aceite corriente para motores eléctricos. Al Dermayector se le retira la camisa y se le lava con soluciones antisépticas y luego esterilizadas, al frío, después de cada aplicación.

Siguiendo estos pasos sencillo, se evitan complicaciones para los pacientes y se prolonga la duración del equipo.

TECNICA

La técnica utilizada consiste en la aplicación de las soluciones de esteroides mediante el uso de jeringas estériles corrientes, dejando caer la substancia gota a gota y procediendo de inmediato a la puntura con una velocidad media hasta producir un eritema, que varía en grado desde un ligero enrojecimiento hasta un leve punteado hemorrágico de acuerdo con la intensidad y tipo de la afección.

Para cada aplicación se prepara la zona a tratar utilizando substancias antisépticas corrientes, y luego se procede a la aplicación. El

Dermayector se coloca en un ángulo de 45 grados en relación a la zona a tratar.

SUBSTANCIAS

Las sustancias más comúnmente utilizadas por nosotros han sido *Soluciosaes esteroides*.

FRECUENCIA Y DURACION DEL TRATAMIENTO

Las sesiones de tratamiento se efectuaron en lapsos de 1 a 2 semanas, y el número total de aplicaciones fue variable entre 6 a 20 de acuerdo con las respuestas obtenidas, ya que en muchos casos fue necesario mantener el tratamiento por un tiempo prudencial y aún en la actualidad tenemos pacientes bajo este tipo de terapia.

Es lógico suponer que los pacientes son perfectamente estudiados, así como premedicados con su tratamiento local y general, de acuerdo con el caso. Antes de instaurar o utilizar las aplicaciones de vibropuntura, los mismos son debidamente instruidos al respecto.

INDICACIONES

En nuestro grupo médico hemos venido utilizando este procedimiento en los siguientes cuadros clínicos:

ALOPECIAS:

- a) TOTALIS
- b) AREATA
 - de placas solitarias
 - de placas múltiples
- c) DIFUSA SEBORREICA
- d) QUIMICA e)
- MECANICA
- f) EN CEJAS
- g) DIFUSA con alteraciones del metabolismo y seborrea leve.

VITILIGIO

LIQUENIFICACIONES

LEUCODERMIAS RESIDUALES

NEVUS ACROMICOS.

RESULTADOS

Ha sido francamente sorprendente para nosotros a través del tiempo de nuestras observaciones, constatar los resultados beneficiosos que

se derivaron del uso de esta técnica en la inmensa mayoría de los pacientes.

Con respecto a nuestros casos de *Vitiligo tratados* con este método, los resultados han sido excelentes. Es de observar que algunas zonas responden más rápidamente que otras, pero en general podemos informar que es una coadyuvante de primer orden de esta difícil entidad. También es bueno hacer notar que se requieren meses de tratamiento para lograr beneficios reales. Creemos que esta entidad así como las *Alopecias* son las más beneficiadas con este método de tratamiento.

En lo que respecta a *liquenificaciones*, las mejorías son notables en un buen número de pacientes, pero es bueno hacer notar que en otros pacientes las mejorías son más lentas en aparecer.

En *leucodermias residuales* los resultados tienden a ser aceptables. En *Nevus Acrómico* las mejorías son muy lentas.

Con respecto a reacciones adversas, prácticamente podemos afirmar que aparte de sensación de calor local en el momento de la aplicación, no se observaron ni precoz ni tardíamente reacciones secundarias.

COMENTARIOS FINALES

Para los dermatólogos siempre ha sido motivo de preocupación y estudio el resolver los casos de alopecias de cualquier índole, Vitiligo, etc., ya que estas entidades se presentan generalmente en personas jóvenes, que debido a su apariencia física poco grata desencadena problemas psíquicos variables, pero que conducen finalmente a la inestabilidad social del paciente.

Para concluir, queremos señalar que se trata de un método cómodo, de fácil utilización, no doloroso, y siguiendo las instrucciones antes enumeradas no se presentan complicaciones posteriores a las aplicaciones; solamente, quizá ligero malestar en la zona tratada, el cual se mejora con la aplicación de curas húmedas y medidas locales (esteroides, antibióticos, etc.) por corto período.

Luego de la observación de los resultados satisfactorios obtenidos por el método, creímos necesaria esta comunicación para que sea más extensiva ensayado en beneficio de mayor número de pacientes y para que con la suma de las observaciones de otras experiencias se puedan obtener conclusiones más amplias y definitivas.

TATUAJE EN DERMATOLOGIA

INTRODUCCION

Como una variante del método de Vipropuntura, hemos venido empleando el tatuaje en algunas afecciones.

Dados los magníficos y satisfactorios reportes, nos dimos a la tarea de tratar un grupo de pacientes con Vitiligo mediante este procedimiento, especialmente en aquellos casos donde algunas zonas se mostraban resistentes a otros tratamientos, es así como también lo pusimos en práctica, en otras entidades, en las cuales supusimos que los resultados serían adecuados.

MATERIAL Y TECNICA

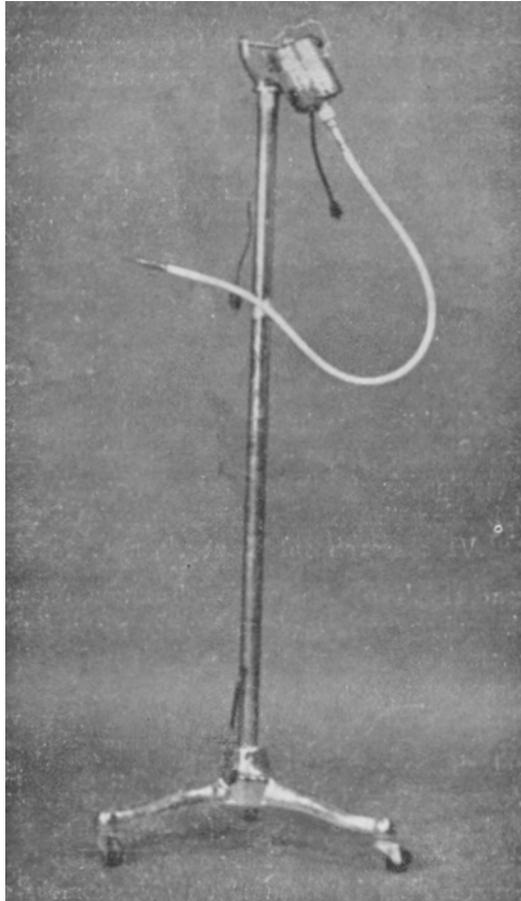
Se usa el aparato de dermabrasión con el dermayector y agujas de tatuajes de Conway.

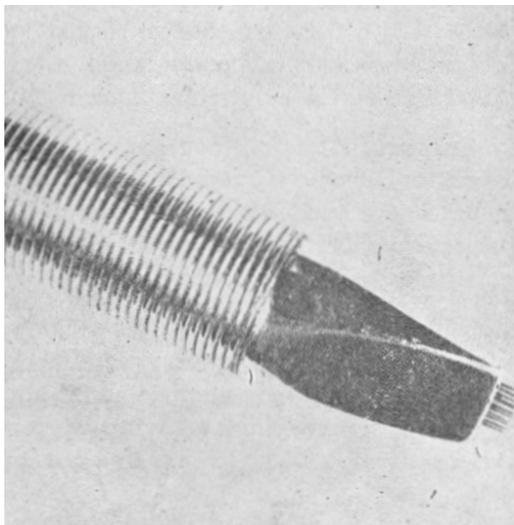
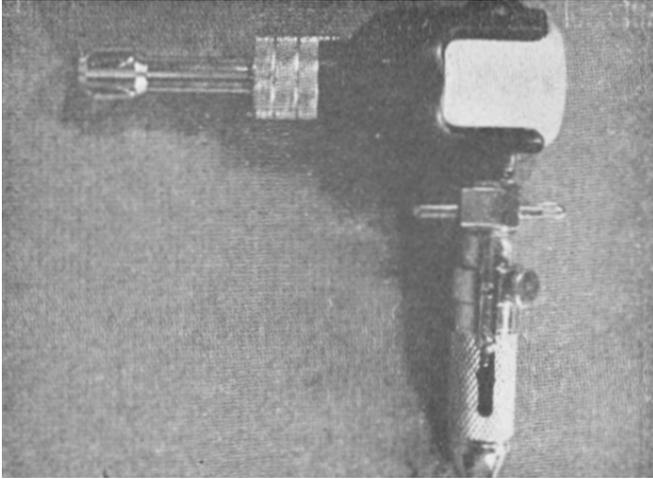
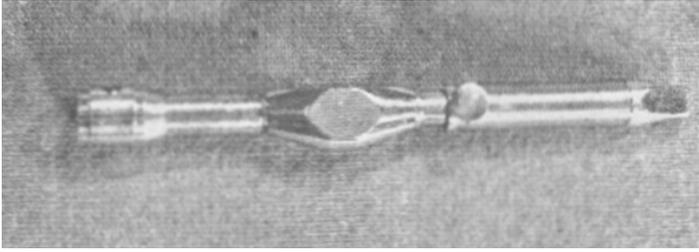
Los pigmentos que se usan más frecuentemente son: blanco (dióxido de titanio), amarillo (óxido férrico amarillo), rojo (sulfuro de mercurio: cinabar), color carne (óxido de hierro negro o carbón), verde (óxido de cromo o cromo verde). Estos pigmentos, debidamente esterilizados, se mezclan en la proporción adecuada con soluciones acuosas de anestésico local hasta obtener un tono lo mas similar al del paciente.

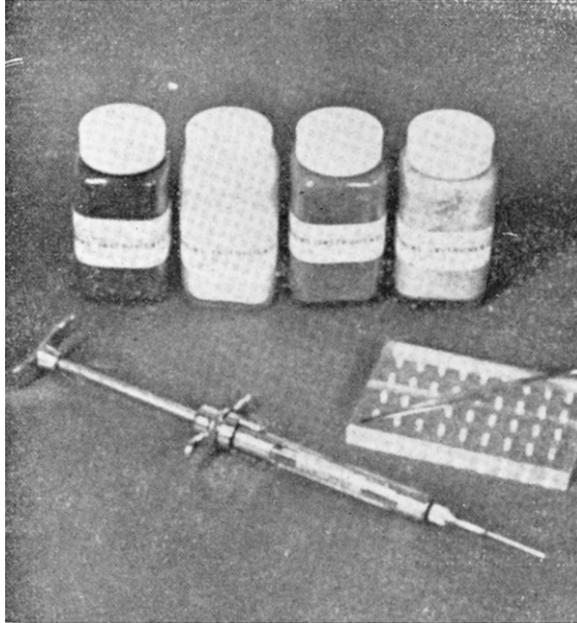
La zona a tatuar se desinfecta bien y si es necesario se anestesia. Se cubre con una capa de algunos milímetros de la pasta obtenida por la mezcla de pigmentos, quedando así la zona debidamente preparada para el tratamiento. Si la parte se seca durante el procedimiento puede añadirse gotas de anestesia para obviar esta situación.

El aparato se gradúa con el pedal de control para que tenga una velocidad aproximada de 3.000 revoluciones por minuto en forma uniforme. Las agujas esterilizadas se hacen sobresalir de acuerdo con la profundidad que se desee. El dermoyector debe quedar en un ángulo de 60°, aproximadamente, en relación con la piel a tratar. El sangramiento que se produce se elimina con el secado con gasas o esponjas estériles, pudiendo añadir nueva cantidad de pasta si fuera necesario.

Siempre se acostumbra hacer previamente una pequeña zona de prueba con el objeto de observar la tolerancia del paciente por un lado y por otra para establecer el color más adecuado.







En general la primera aplicación se hace más profunda y las siguientes aplicaciones se hacen más superficiales de acuerdo con la evolución.

Después de las aplicaciones se presenta un estado inflamatorio de grado variable, el cual se trata con curas húmedas, ungüentos, antibióticos, etc.

Las sesiones de tratamiento se repiten cada tres o cuatro semanas y el número de ellas depende de la extensión de la zona tratada, así como de la persistencia del pigmento en el sitio tratado.

INDICACIONES:

VITILIGO

LEUCODERMIAS RESIDUALES

NEVUS ACROMICOS NEVUS

FLAMEUS.

Innumerables casos de las entidades antes nombradas, con las lesiones localizadas en las zonas más diversas han sido tratadas con este método, observándose que así como en algunas afecciones son necesarias un número relativamente pequeño de aplicaciones, en otras y en especial el Vitiligo son indispensables un número mayor de aplicaciones. A pesar de esto los resultados obtenidos hasta el presente son muy halagadores y representan una posible solución para las lesiones especialmente localizadas en zonas expuestas, en las cuales se requiere una acción más rápida desde el punto de vista cosmético, por la buena evolución lograda, y además por la ausencia de reacciones secundarias somos muy entusiastas de este método.

DERMOJET EN DERMATOLOGIA

El uso del dermojet es un método de tratamiento con el cual se evitan los problemas inherentes al uso de infiltraciones corrientes obviándose en gran parte los traumas físicos o psíquicos que traen consigo estas últimas.

Descripción: El aparato consta de tres partes: a) el tubo o parte superior que funciona con aire comprimido, a manera de pistola, en el cual se encuentra una palanca que permite cargar el aparato. En la parte más superior se observa el percutor; b) el receptáculo de plástico desarmable para la mejor limpieza y esterilización. En este receptáculo se colocan las soluciones a emplear; c) la nariz, la cual se encuentra en la parte más inferior del aparato y se adapta perfectamente al receptáculo. Esta pieza presenta un orificio que permite la salida de los líquidos a infiltrar. Las piezas se acoplan herméticamente.

El instrumento es de fácil esterilización, pero no debe ser expuestos a temperaturas superiores a 140° C. Para su mejor conservación se aconseja desarmar las dos partes, lavarlas muy bien y esterilizarlas por separado, lo cual debe hacerse inmediatamente después de su uso para evitar obstrucciones del opérculo de salida.

Técnica: Para el uso del instrumento se comienza por adaptar el tubo receptáculo a la nariz del aparato; se deposita la solución dejando aproximadamente media pulgada en la parte superior para permitir la compresión. Hecho esto se atornilla esta parte que representa el receptáculo completo, a la parte superior luego se acciona la palanca

de arriba hacia abajo hasta que el botón percutor salte. En esta forma el aparato queda listo para su uso.

El receptáculo tiene capacidad para 4.5 cc, permitiendo aplicaciones de 0.1 cc., dependiendo de la densidad de las soluciones utilizadas. El aparato funciona aún con mínima cantidad de solución.

La posición con respecto a la superficie de la piel es vertical y la distancia instrumento-piel es de pocos centímetros dependiendo de la mayor o menor penetración deseada. En lo que respecta a este hecho se realizan estudios para determinar su máxima y mínima penetración. El *número* de aplicaciones depende del tamaño de la lesión y basta con una sola de ella para lesiones de diámetro reducido. Las *sesiones* de tratamiento se repiten periódicamente cada dos o tres semanas de acuerdo con la afección a tratar.

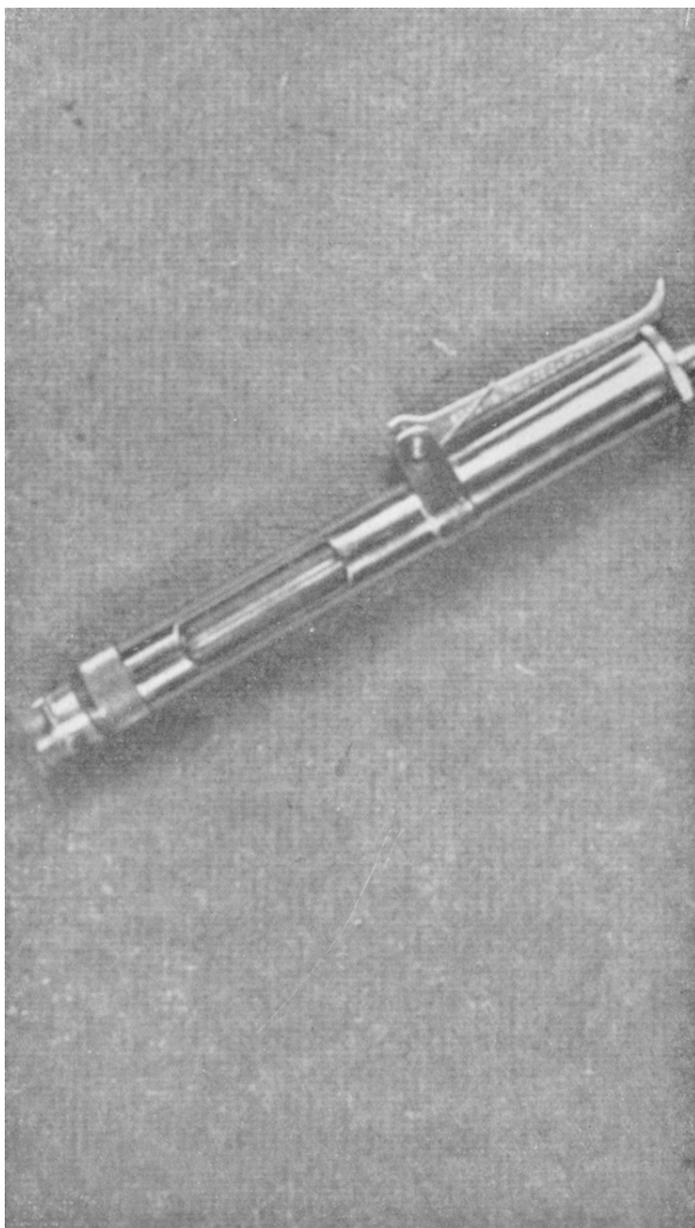
En dermatología las sustancias que generalmente se administran, en este método, son soluciones de esteroides, soluciones anestésicas, etc.

INDICACIONES:

Los usos que más comúnmente damos a esta técnica son:

- a) Anestesia local (especialmente en niños, lesiones pequeñas o zonas muy dolorosas o poco asequibles por otra técnica).
- b) Cicatrices hipertróficas.
- c) Queloides.
- d) Acné quístico y conglobata.
- e) Liquenificaciones.
- f) Liquen plano hipertrófico.
- g) Psoriasis de placas inveteradas.
- h) Alopecia areata.
- i) Alopecia difusa seborreica.
- j) Alopecia totalis.
- k) Vitiligo.

De las entidades descritas en el cuadro anterior, han sido innumerables las lesiones tratadas con este método, así como variable las distintas localizaciones. Los resultados obtenidos fueron muy variables pues se trataron entidades muy diversas; nuestra experiencia nos dice:



En cicatrices hipertróficas utilizamos menor número de aplicaciones que en queloides, en los cuales fue necesario en la mayoría de los casos aplicaciones cada dos semanas por un período que osciló entre 6 y 12 meses aproximadamente. Una o dos aplicaciones fueron suficientes en los casos de acné quístico o conglobata. En liquenificaciones así como en liquen plano y liquen hipertrófico un promedio de cuatro aplicaciones fueron suficientes. En psoriasis infiltramos especialmente aquellas placas inveteradas o en lesiones que mostraban cierta resistencia a los tratamientos convencionales. Los resultados fueron satisfactorios pero irregulares en algunos pacientes; un promedio de tres aplicaciones en la mayoría de los casos fue suficiente. En las alopecias los resultados han sido muy satisfactorios; el número de aplicaciones varió de 1 a 10 con las variantes en cada caso.

Últimamente hemos venido utilizando este método con soluciones esteroides en el vitiligo, especialmente aquellas zonas que se mostraban resistentes a responder a éste u otros métodos de tratamiento. El número de aplicaciones y la frecuencia es muy variable dependiendo de la extensión de las manchas pero hasta ahora podemos reportar que los resultados tienden a ser muy halagadores.

Conclusiones de nuestras experiencias: Podemos decir que los resultados obtenidos con el uso de este aparato han sido muy satisfactorios en la mayoría de los casos, no habiendo nosotros observado aparte de un ligero sangramiento en la zona tratada el cual cede a la presión, complicaciones del tipo de infecciones o depresión in situ las cuales podrían ser explicadas por predisposición personal, exceso de sustancia infiltrada, penetración excesiva de la misma, asepsia local inadecuada.

Creemos que se trata de un instrumento sumamente útil en el tratamiento de diversas afecciones dermatológicas que responden a este tipo de terapia. De fácil conservación y manejo.

PEELING QUIMICO

INTRODUCCION

Desde hace algunos años, hemos puesto en práctica el llamado "PEELING QUIMICO" con objeto de averiguar su real utilidad, indicaciones contraindicaciones, etc. Este procedimiento, muy popularizado y hasta si se quiere desacreditado, por haber sido manejado por

algunos profanos inescrupulosos, quienes sin poseer los conocimientos básicos en cuanto a lo que respecta a indicaciones, contraindicaciones, precauciones, etc., lo han utilizado desmesuradamente en detrimento del método en sí. Dado a los buenos resultados obtenidos por nosotros, exponemos a continuación las observaciones de nuestra experiencia.

EXPLICACION DEL METODO

El método consiste en la pincelación de sustancias a concentraciones adecuadas en la zona a tratar, dejándola un tiempo prudencial, el cual puede oscilar desde varios segundos hasta varios minutos; en términos generales, de uno a cinco minutos en la mayoría de los casos. La zona a tratar se prepara lavándola con agua y jabón; luego, una limpieza con alcohol-acetona. Después se procede a la pincelación de la sustancia elegida, transcurrido el tiempo estipulado se lava nuevamente con alcohol, quedando la zona eritematosa; este enema varía en grados de acuerdo a la sustancia empleada, a su concentración y al tiempo de exposición. El grado de reacción eritematosa obtenida hace variar las medidas posteriores. En los casos de respuesta leve, usamos una crema humectante lubricante; pero cuando la respuesta ha sido intensa aplicamos curas oclusivas por varias horas. Le indicamos luego al paciente seguir durante dos o tres días curas húmedas frías seguidas de lubricantes locales, posteriormente protectores solares y otras medidas.

La piel así tratada tiende a oscurecerse los primeros días; luego se cae bruscamente, dejando una zona limpia y lozana. El número de aplicaciones varía según los casos; generalmente se hacen cada dos o cuatro semanas.

Las sustancias más corrientemente usadas son el ácido tricloroacético del 25 al 75% o soluciones de fenol del 25 al 50%. Nosotros preferimos esta última por considerarla más activa y menos irritante.

INDICACIONES

Hemos utilizado el peeling químico en los siguientes casos:

- a) Secuelas superficiales de acné.
- b) Manchas puntiformes de acné tratadas.
- c) Manchas hipercrómicas de la cara (cloasma).
- d) Melanosis de Ríehl.
- f) Eritema fijo medicamentoso, etc.

ELECTRO PEELING

Es una variante del peeling químico simple antes expuesto, que hemos utilizado en casos de secuelas de acné severos y cicatrices. Consiste en fulgurar suavemente el borde de las cicatrices y secuelas y luego proceder a dar el peelig químico. Las precauciones y medidas posteriores son las mismas del peeling.

Para evitar complicaciones desagradables creemos útil hacer notar ciertas precauciones y sugerencias importantes:

1. Desde el punto de vista local y general, los pacientes deben ser tratados de acuerdo a la entidad que presentan por un período prudencial, a modo de garantizar los mejores resultados; la piel debe estar lo más sana posible, limpia y con tendencia a estar más o menos seca.
2. Comenzamos siempre con bajas concentraciones y corto tiempo de exposición, a fin de conocer la forma de reaccionar del paciente y de esta manera conseguir el tiempo y la concentración adecuado en cada paciente.
3. Prohibimos las exposiciones solares por un tiempo. Hemos observado la tendencia al oscurecimiento de la zona tratada si el paciente se expone intespectivamente al sol.
4. No debe utilizarse en persona que tienen tendencia a pigmentarse espontáneamente. Debe abolirse el uso de cosméticos y en su lugar indicar protectores y bases indicadas.

En resumen, podemos afirmar que el Peeling Químico y el electro-peeling, son métodos de tratamiento muy útiles cuando los casos son bien seleccionados y siguiendo las pautas anotadas anteriormente.

No creemos que se trate de una panacea que puede ser utilizada indiscriminadamente en todas las personas que así lo desean. Es el médico dermatólogo quien está en capacidad de escoger acertadamente los casos a tratar.

NITROGENO LIQUIDO

Con ánimos de averiguar, la utilidad del Nitrógeno Líquido como elemento terapéutico, nos hemos dado a la tarea de usarlo en el tratamiento de algunas afecciones dermatológicas y así comprobar sus indicaciones, contraindicaciones, etc.

Basándonos en que la criocirugía viene siendo practicada por los dermatólogos por más de 60 años, en que es un método simple, rápido, seguro, efectivo y relativamente indoloro, por sus excelentes resultados desde el punto de vista cosmético en el tratamiento de un buen número de afecciones dermatológicas; por su utilidad en pacientes con riesgo quirúrgico, niños, etc., nos propusimos desde hace aproximadamente 3 años, utilizar el Nitrógeno Líquido en algunas afecciones de la piel.

Equipo y técnica: Hemos venido utilizando para la aplicación del nitrógeno líquido el Kryospray.

El Kryospray consta de dos cuerpos: a) uno inferior que consiste en un recipiente cilíndrico de acero inoxidable, el cual en su porción superior está recubierto exteriormente, por un material aislante lo que permite sostenerlo por esa zona mientras lo utilizamos; b) el cuerpo superior del aparato es una pieza de material plástico en forma de "L" invertida donde el brazo mayor de la L va a servir de mango. En su interior observamos dos ductos internos: uno situado en la parte superior horizontal para dar salida al gas, presentado en su extremo derecho un botón plástico regulador, y en el otro extremo puede verse un aditamento especial donde pueden adaptarse por atornillamiento piezas de bronce de diferente diámetro (0.015 a 0.065 pulgadas). Estos diámetros están indicados por letras las cuales van de la A a la F, de mayor a menor. En el interior de la pieza que sirve de mango se observa otro ducto interior para descarga del gas.

Esta "L" invertida está adherida a la tapa del cilindro descrito anteriormente, la cual presenta un ducto para la salida del gas. Esta tapa cierra por atornillamiento y de esta manera queda el cilindro herméticamente cerrado.

El Kryospray nos permite una corriente continua del nitrógeno líquido (temperatura constante - 196° C).

El aparato trae un monitor de temperatura con su aditamento especial, el cual consiste en una aguja de calibre 21 con punta de cobre la cual debe ser colocada en la lesión a tratar y en esta forma medir la temperatura obtenida mientras se aplica el nitrógeno.

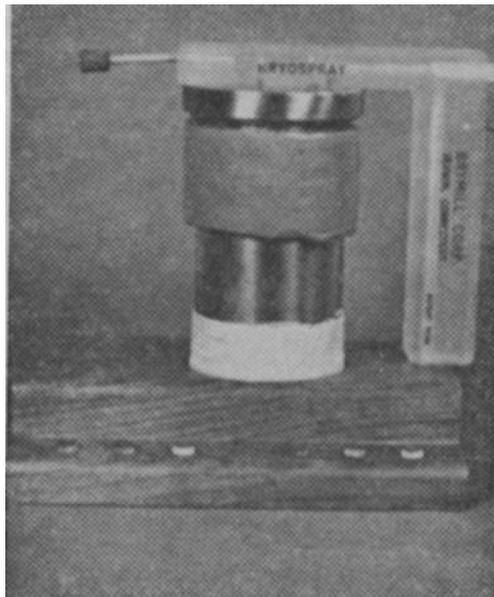
Resumiremos a continuación algunas variaciones técnicas con respecto al uso del gas que nos ocupa; así tenemos que hemos usado con

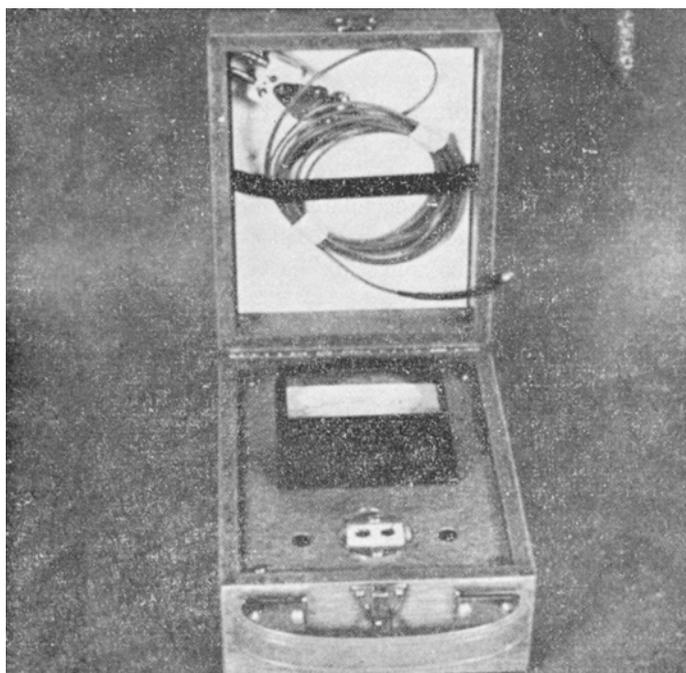
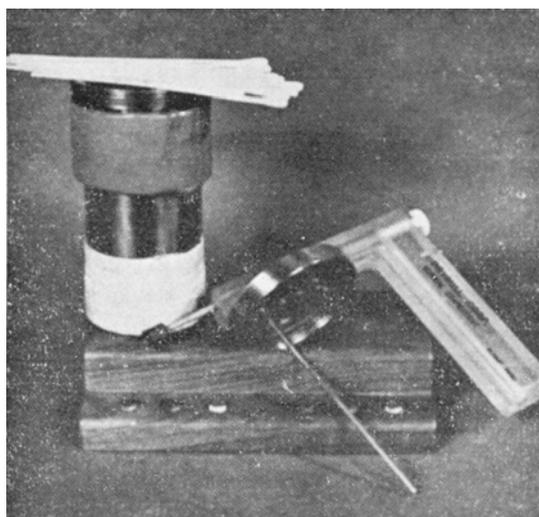
gran frecuencia el método del *aplicados*, los cuales son de distintos tamaños de acuerdo a las lesiones tratadas. El tiempo de la exposición, así como la presión varían considerablemente con la extensión y la profundidad calculada de la afección.

Generalmente en lesiones muy superficiales un tiempo de 5 a 15" y una presión moderada son suficientes para obtener la congelación deseada. Ejemplos: verrugas planas, nevus aracneus, algunas lesiones activas de acné, etc.

En lesiones más profundas es necesario humedecer el aplicador en el gas varias veces, así como aumentar un poco más la presión. Ejemplo: verrugas vulgaris, moluscum contagiosum, nevus verrucoso, condrodermitis nodularis, helix, etc.

A pesar de ser un método, en el cual no podemos tener un control absoluto de la temperatura, con la experiencia y la palpación se puede llegar a conocer más o menos el grado de congelación obtenida.





En la mayoría de los casos tratados con una sola aplicación ha sido suficiente; sin embargo, en algunas entidades ha sido necesario dos o tres aplicaciones con intervalos de dos a tres semanas. Ejemplos: verrugas vulgaris, verrugas plantaris, xantomas palpedrales, cicatrices hipertróficas de acné, etc.

Una segunda forma de aplicación ha sido el *aerosol (spray)* el cual hemos utilizado con las debidas precauciones en afecciones más profundas. Las distancias promedios entre el Kryospray y la lesión varía entre 2 y 4 cms. dependiendo del tamaño de la lesión. El tiempo de exposición varió entre 15 y 60 segundos cuando se observó la congelación de la zona, lo cual nos indicó la temperatura adecuada. En las lesiones de pequeño diámetro se mantiene fijo el spray sobre la lesión, en cambio cuando las lesiones son más grandes basta con efectuar movimientos en forma cuadricular.

En la inmensa mayoría de los casos una sola aplicación fue necesaria y excepcionalmente dos en algunas lesiones muy grandes. Ejemplo: verrugas vulgaris, verrugas plantaris, angiomas en fresas (de pequeño tamaño), dermatofibromas, larva migrans, queloides, queratosis actínicas y seborreicas.

Por último, nos referimos al uso del Kryospray con su aditamento especial para control exacto de temperatura. Esta variante la hemos utilizado especialmente en algunos casos de queratoacantomas, queratosis actínicas y epitelomas basocelulares superficiales y de pequeño tamaño. El tiempo de congelación está dado por la forma y tamaño de la lesión manteniéndose la aplicación hasta que la temperatura en la zona tratada llegue por lo menos a -25°C .

El tiempo puede variar de 30 a 60 y aún 90', siendo el tiempo promedio el de 45'.

Una sola aplicación es generalmente suficiente para las lesiones de pequeño diámetro pudiendo ser necesario una nueva aplicación para las lesiones de gran tamaño.

OBSERVACIONES PRACTICAS PARA EL USO DEL KRYOSPRAY

1. Seleccionar previamente boquilla de salida de acuerdo al tamaño de la lesión a tratar.

2. El cilindro debe ser llenado de 1 a 2/3 parte de su volumen,
3. Cuidar que el cilindro esté debidamente hermético antes de comenzar la aplicación y al terminar de usarlo, destaparlo y secarlo cuidadosamente con una toalla.
4. Esterilizar la aguja del monitor con soluciones corrientes, nunca en autoclave.

INDICACIONES:

- 1) Verrugas Vulgaris
Verrugas Planas
Verrugas Plantares
- 2) Moluscum Contagiosum
- 3) Nevus Aracneus
Nevus Verrucoso
Angiomas en Fresa (pequeño tamaño)
- 4) Condromatititis Nodularis Helix 5)
Dermatofibromas
- 6) Larva Migrans
- 7) Xantoma Palpebral
- 8) Cicatrices hipertróficas de Acné
Algunas lesiones activas de Acné
- 9) Queloides
- 10) Querotoacantoma
- 11) Queratosis Actínicas
Queratosis Seborreicas
- 12) Epitelioma Baso Celular (Superficial)

Hemos tratado más de 600 lesiones presentadas en 250 pacientes aproximadamente.

Preparación del paciente: Asepsia local y aislar la zona a tratar con gasa lubricada. La anestesia local la utilizamos sólo en sitios muy dolorosos (zonas periungales, plantares, etc.) o cuando se requiere

mantener la congelación por más largo tiempo (queratoacatoma, queratosis actínica, epitelomas, etc.).

Después de cada aplicación utilizamos ungüentos antibióticos e instruimos al paciente para que use curas frías (boricadas o de manzanilla) seguido de lubricantes dos o tres veces al día.

La evolución de la zona tratada es con formación de vesícula o ampolla, luego se forma una costra que cae en un tiempo variable. La cicatrización se lleva a efecto en una o tres semanas según el tipo de lesión tratada, especialmente en lo que respecta a su profundidad. Pero en general las secuelas son cosméticamente aceptables.

El tratamiento sistémico consiste en analgésicos; raras ocasiones ameritan antibioterapia.

Controles semanales al comienzo son aconsejables, posteriormente mensuales, trimestrales, etc., según el caso, por un tiempo prudencial.

Nuestras experiencias con el nitrógeno líquido han sido buenas, los resultados fueron satisfactorios en el tratamiento de tan variadas y comunes entidades, por ello aunado a su facilidad, economía y rapidez creemos que es un método digno de ser ensayado en mayor escala.

ANGIOPATIAS Y LESIONES DERMATOLÓGICAS DE LA DIABETES MELLITUS

Dr. PEDRO PABLO COLMENARES V.

GENERALIDADES

Desde el momento en que Langerhan (1869) descubrió los Islotes en el páncreas y que Bantirtg y Best descubrieron la Insulina (1920) hasta nuestros días, abundan los trabajos científicos sobre Diabetes Mellitus.

A la luz de estos conocimientos sobre la etio-patogenia de este disturbio metabólico tan importante como frecuente, vemos que aún, persisten interrogantes y sobran las hipótesis de trabajo.

En el estudio con el microscopio de luz y el microscopio electrónico vale recordar los trabajos de Goldenberg, 1959; Gazenaes y Moe, 1951; Weber y Wicht 1962; Bojsen-Moller 1963; Camerim Davalos, 1963; Bloodworth, 1960; Siperstein, 1964; Banson y Lacy, 1964; Funk, 1965; Pieri, 1965; Pierre y Scarpell, 1965; Piere y Cols., 1966; Friederici, 1966; Pardo, 1966; Martínez y Cols., 1966; Otto, 197; Yodaiken, 1967; Mosca, 1.968; Locke, Pellegrino y Francini, 1968, etc., etc.

Tres teorías que lucen como complementarias una de otra, explican la etiopatogenia de la enfermedad. Estas son la T. Genética, la T. Inmunológica y la T. Metabólica.

La prolongación de la vida del paciente diabético, con el uso de la insulina y los antibióticos, ha acentuado la frecuencia de las vasculopatías de pequeños, medianos o grandes vasos, sin saberse aún a ciencia cierta el papel que juega la larga evolución de esta dismetabolopatía sobre los vasos.

Hoy se acepta plenamente la existencia de un largo período de prediabetes, precediendo el comienzo de la hiperglicemia o la intolerancia a la glucosa que se hace evidente ante cualquier sobrecarga orgánica o Stress.

El interés del presente trabajo no es profundizar en estos aspectos, sino que tiene como objetivo efectuar una revisión de las Dermopatías diabéticas y actualizar el problema de las vasculopatías en esta enfermedad.

MATERIAL Y METODOS

Se utilizó como material 4 casos de miembros amputados por gangrena diabética. Tres casos correspondieron a hombres de 55, 74, 79 años respectivamente y el cuarto caso correspondiendo a una mujer de 47 años. Se tomaron fragmentos de las lesiones cutáneas y de piel aparentemente sana. Igualmente de los tejidos profundos incluyendo vasos y nervios y tejido articular. No se practicó estudio del tejido óseo. El material se fijó en formol al 10%. Se incluyó en parafina. Se colorearon los cortes con hematoxilina y eosina y con PAS sin H.E. a fin de evitar enmascaramiento o superposición de imágenes que pudiesen alterar la medición de las membranas basales.

RESULTADOS

Se puede afirmar que no existe ningún tejido blando en la Gangrena Diabética, que escape a la angiopatía. Muy grave son los trastornos degenerativos de los grandes vasos, observándose predominio de la calcificación, reducción total del diámetro del vaso y oclusión. La microangiopatía observada fue de grado IV.

Se determinó acentuado engrosamiento de la membrana basal (MB) perineural con evidentes cambios degenerativos del nervio. La microangiopatía a nivel de la vasa vasorum fue evidente, muy evidente y consideramos que éste juega un papel muy importante en los procesos degenerativos.

Los microaneurismas se evidenciaron a nivel de los capilares de la musculatura estriada y a nivel del tejido adiposo. A nivel de la piel aparentemente conservada se encontró atrofia de la epidermis con microangiopatía G-III-IV, a nivel de los vasos del plexo subpapilar; trastornos de pigmentación de la basal en áreas con acentuación de la pigmentación o migración de melanina al dorso superficial: Esclerosis y atrofia del dermo e hipodermis con evidente atrofia de los anexos que muestra engrosamiento de la M.B.: Glomérulos sudoríparos atróficos con espesamiento de la M.B. Esto explicaría la hipohidrosis o anhidrosis de la piel con acentuado resecaimiento, agravado igualmen-

te por la atrofia de las glándulas sebáceas que muestran engrosamiento de la M.B.PAS positiva.

En las áreas de gangrena apreciamos necrosis y desprendimiento en colgajos de la epidermis, quedando como piso las pápilas dérmicas necróticas desprovistas de la M.B. epidérmica. En algunas zonas severo edema intercelular de la epidermis con aparente acantosis focal y elongación de las papilas interdémicas. Necrosis del dermo y subcutis con densos depósitos de pirocitos y leucocitos. Trombosis de medianos vasos. Infiltración de sustancias PAS positiva a nivel del intersticio y en la luz de los vasos. A nivel del músculo estriado: Necrosis y fragmentación de las fibras. Fragmentación homogénea eosinofílica. Gránulos densos en la masa citoplasmática. Cariolisis formando masas irregulares gruesas con tendencia a la calcificación. Infiltración de sustancias PAS positiva a nivel del intersticio. A nivel de estos sectores de necrosis se pone de manifiesto una ausencia de los capilares.

A nivel de los sectores no necróticos fue constante la presencia de microaneurismas y dilataciones de los capilares en forma cilíndrica. Tubos capilares con engrosamiento de la M.B., sin endotelio. Ausencia total de epitelio. A nivel del tejido se apreció focos de necrosis de los adipocitos. Desorganización de los lobulillos adiposos. Lesiones vasculares similares a las descritas a nivel de los músculos. A nivel de las articulaciones, se apreció aumento del tejido colágeno. A nivel de la superficie articular focos de esclerosis y necrosis. Atrofia de las vellosidades de la sinovial. Algunas muestran pigmento a nivel del estroma. (Sínovitis vellosa pigmentaria atrofiante.

DISCUSION

Muchas, si no la totalidad de las dermatopatías presentes en el diabético tienen como substrato anatómico la angiopatía. Escapan aparentemente a ellas el prurito, la dermatopatía vesico-ampollar y las dermatopatías de depósito: xantosis y los xantomas. Juega esa angiopatía un papel predominante en el resto de las dermatopatías sobre todo en las dermatopatías malignas (ver cuadro anexo).

Ultimamente se ha descrito una dermatosis vesico-ampollar en el dorso de manos, pies y antebrazos (Allen, 1971) ; Cantwell, 1967; Rocca, 1963), aparentemente ideopática, pero que seguramente está ligada a la microangiopatía y a los trastornos neurotróficos. Considere-

ramos la angiopatía como un hecho universal, cuya prevalencia en órgano o tejido puede hacerse en forma progresiva, no sistematizada, durante el curso evolutivo de la enfermedad, sin guardar predilección por tejido. Su aparente predominancia por la retina donde es causa del 10% de ceguera se debe a la especial estructura del órgano, más que a una selectividad. La microangiopatía puede hacer su aparición desde el momento del nacimiento.

Tomando en cuenta las teorías expuestas a fin de explicar la etiopatogenia de la microangiopatía (ver cuadro), parece existir un factor genético recesivo de gran penetración que determine la presencia en sangre circulante de un factor llámese éste Synalbúmina o factor de Vallance o bien una insulina no activa pero con capacidad antigénica, desencadenando acción de anticuerpos que neutralizarían igualmente otras insulinas activas, formando al final complejos antígenos anticuerpos que se depositarían a nivel de la M.B. de los vasos provocando su espesamiento inicial, la reacción de células redondas perivasculares con linfocitos inmunocompetentes. Posteriormente provocaría el engrosamiento del peritelio o del conectivo perivascular, la hiperplasia del endotelio, la degeneración y desaparición de los pericitos y por último la aparición de los microaneurismas y los Shunts arteriolo-venosos.

Las técnicas de medición de esa Microangiopatía tienen sus objeciones. La que utiliza el microscopio de luz y la coloración de PAS, es la más práctica, pero sometida a un alto factor de error por la apreciación subjetiva a la cual es sometida. La de mayor precisión pero sólo al alcance de centros muy especializados es la que utiliza el microscopio electrónico. Se logró así determinar con gran precisión el espesor en micras tanto de la M.B. normal como la M.B. en los casos de diabetes. Esta última duplicaba en espesor a la normal. (Ver cuadro).

La alta incidencia de la Microangiopatía, tanto en la Prediabetes como en la Diabetes obliga a utilizar el método de biopsia de piel como orientación diagnóstica y como despistaje de la Diabetes potencial, descartando esta última mediante curvas de tolerancia a la glucosa con sensibilización o no. Podría igualmente servir para orientar el pronóstico en el curso de la enfermedad y el tratamiento.

Me permito denominar "Miembro pregangrena" a una fase previa a la gangrena franca. Es hoy de mayor incidencia debido al éxito de

la terapia que prolonga la evolución de la enfermedad. Es un miembro frío, mustio, con o sin eritrocianosis, con piel seca, apergamada, atrófica; severos trastornos tróficos: con manchas hemosideróticas pretibiales y con la presencia de una o más de las dermatopatías enumeradas como benignas. Es un miembro altamente predispuesto a la infección a piógenos y con tendencia a exulceración y ulceración al menor traumatismo. Su progresión a la gangrena depende de la severidad de la vasculopatía y de la infección sobre agregada. La incidencia de la gangrena en el diabético varía del 8,5 al 13,5%. La amputación hace sombrío el pronóstico del paciente que en un 40 a 50% de casos no logra sobrevivir más de los 3 años.

A la mayor sobrevida lograda en el diabético, se agrega el hecho de la aparición más precoz de la arteriosclerosis especialmente de las calcificaciones de la pared vascular sobre todo en vasos periféricos (en 6.320 casos de diabetes autopsiados una incidencia de 41,9% de lesiones complicadas de arteriosclerosis). (Tesis doctoral, Dr. Colmenares V). En el material estudiado pudimos constatar lesiones muy severas de arteriosclerosis con severa calcificación de los vasos aún en el paciente de menor edad: 47 años.

OBJETIVOS

A) REVISION DE LAS LESIONES DERMATOLOGICAS EN LA
DIABETES MELLITUS

B) ACTUALIZACION DE LAS VASCULOPATIAS EN LA
DIABETES

A) *DEPMOPATIAS DIABETICAS:*

Prurito

Díscromías

Infeciosas

De depósito

Mucinosis

I BENIGNAS

Polineuritis

Necrobiosis

Purpúrica
Trastornos de la cicatrización
Trastornos tróficos de las uñas
Perionixis
Dermatosis seca, indurada y escamosas
Hipohidrosis

II. MALIGNAS

Gangrena gaseosa
Mal perforante diabético
Miembro pregangrena
Gangrena diabética
Polineuritis

*SUBSTRATO ANATOMICO
ANGIOPATIA DIABETICA*

CLASIFICACION

- A) DE PEQUEÑOS VASOS: Microangiopatía
B) DE MEDIANOS Y GRANDES VASOS: Macroangiopatía

A) MICROANGIOPATIA DIABETICA

MICROSCOPIA ELECTRONICA DE LA MICROANGIOPATIA DIABETICA

Normal:

$$1.080^A \pm (27 A) .$$

Espesor de la membrana basal (Diabetes):

$$2.403^A \pm (119 A)$$

SUSTANCIAS QUE SE TIÑEN CON EL PAS Color

Mucoproteínas	
Mucopolisacáridos neutros	Rojo púrpura fuerte
Mucinas epiteliales	Rojo púrpura débil
Glucógeno	Rojo purpúrico
Glicoproteínas	Rojo Pálido

ASPECTOS DERMATOLÓGICOS DEL MIEMBRO

PREGANGRENA

Lesiones exulcero costrosas

Trastornos tráficos de piel y tejidos profundos

Lesiones esclero atróficas cicatriciales con o sin pigmentación Placas pigmentadas hemosideróticas pretibiales Necrobiosis lipóide

Metacromasia difusa del colágeno superficial

UNMETODO ESPECIFICO Y SIMPLE DE DIAGNOSTICAR CROMOMICOSIS

Por: NARDO ZAIAS, M. D. and GERBERT REBELL, M. S.

Abstracto.

El punto negro encontrado en la superficie de las lesiones de chromomycosis es el material preferido para visualizar las células esféricas del hongo llamadas cuerpos de Medlar. Estos puntos negros se aclaran con hydroxydo de potasio al 20%.

Estos puntos negros representan la migración hacia la superficie de la piel, de los productos inflamatorios más hemorragia que se producen en la dermis como resultado de la reacción "host-parasite".

Elementos esféricos clásicos de la chromomycosis se ven en los puntos negros mientras que hifas de estos hongos se ven en la capa keratótica.

Introducción.

La cromomicosis, bien conocida por todos ustedes, es producida por los hongos de la familia dematiacea u hongos pigmentados. Las lesiones cutáneas crecen lentamente e invaden por lo general la dermis y a veces los tejidos subcutáneos u óseos. Para hacer la diagnosis de cromomicosis sólo tiene el clínico que sospechar ésta y confirmarla con histopatología o cultivo micológico.

El material presentado aquí pretende demostrar un método específico y simple de diagnosticar la cromomicosis con sólo aclarar los puntos negros que ubican las lesiones de la cromomicosis y visualizar las células esféricas de Medlar, característica clásica de esta enfermedad.

Puntos negros en la superficie de lesiones cutáneas no son vistos únicamente en la cromomicosis ya que se ven también en otras enfermedades cutáneas por hongos como coccidioidomicosis, blastomicosis norteamericana, esporotrichosis, y también se ven en verrugas, carcinoma oespino celular, bromoderna, tuberculosis de la piel, leishmaniasis y otras.

Por lo general hay dos tipos clínicos de lesiones:

1. Lesiones exofíticas, verrucosas nodulares (fig. 1).
2. lesiones anulares más bien no exofíticas, con bordes activos y centros con piel atróficos y cicatrizantes (fig. 2) .

Métodos y Materiales.

Veintiún pacientes con chromomycosis por *Fonsecai pedrosoi*, *F. compactum*, y *Cladosporium carrionii* constituyen el material clínico. Muchos de estos casos fueron pacientes de los Drs. Jorge Zavala y Alvaro Vivas de Mérida, México; Dr. Antonio González Ochoa, Ciudad México; Dr. Elfren Solano, San José, Costa Rica; Dr. Cid Ferreira Lopes, Belo Horizonte, Brasil; a los cuales les estoy muy apreciado.

Treinta pacientes con lesiones exofíticas con "puntos negros" con diversos diagnósticos probados por biopsias, incluyendo verrucas, esporotrichosis, coccidioidomycosis, granuloma de Maggoici, carcinoma espino celular, se estudiaron.

El método de aclarar el material para visualización directa ya es conocido Unas gotas de 20% hydroxido de potasio con dimetil sulfoxido (DMSO) hayaron las escamas y puntos negros rápidamente divulgando las formas chromoblásticas, fig. 4. Los untos negros aparentan ser micro-hemorragias viejas ya que se percibe el color rojo de los pigmentos de la hemoglobina, fig. 3.

Resultados

De numerosos "puntos negros" aclarados de todos los pacientes que tenían chromomycosis se pudo visualizar las formas chromoblásticas en 100% de los ensayos y de todos los pacientes. Al igual, todos los ensayos fueron negativos de todos los pacientes que no tenían chromomycosis.

Los "puntos negros" deben ser negros y no rojizos, ya que con los rojizos la visualización de los elementos chromoblásticos es menos de 100%. Estos puntos rojizos representan puntos de hemorragia recientes o actuales.

Discusión

El punto negro en la superficie de las lesiones representa una micro-hemorragia y productos celulares que una vez formaron parte de la reacción inflamatoria en el tejido subepidérmico. Aunque los puntos negros no son de por sí diagnósticos de la chromomycosis, éstos contienen las formas chromoblásticas del organismo causante en casos de chromomycosis.