

CHARLAS ESPECIALES

CHARLAS ESPECIALES

1. Dr. Oscar Reyes

ENTIDADES RECIENTEMENTE DESCRITAS

2.-Dr. Harvey Blank

PATOGENESIS Y EPIDEMIOLOGIA DE LAS VERRUGAS
GENITALES

3-Dr. R. R. Willcox

ALGUNOS ASPECTOS DE LA CONDUCTA EN LAS
ENFERMEDADES VENEREAS

4.-Dr. A. Bernard Ackerman

MALIGNIDAD: UN CONCEPTO BIOLOGICO

5.-Dr. A. Bernard Ackerman

PATRONES HISTOLOGICOS EN LA SIFILIS SECUNDARIA

ENTIDADES RECIENTEMENTE DESCRITAS

Dr. OSCAR REYES

HISTOPATOLOGIC CONCEPT OF EPIDERMOLITIC HYPERQUERATOSIS

A. BERNARD ACKERMAN, M.D., Miami Fla.

La Hiperqueratosis epidermolítica es una expresión histológica característica de un proceso patológico epidérmico.

Las anormalidades histológicas consisten en: 1) Espacios claros alrededor del núcleo de las células de la capa espinosa y de la capa granulosa; 2) Material reticular; 3) Aumento de la capa granulosa con pequeños y grandes cuerpos basofílicos parecidos a queratohialina y cuerpos amorfos eosinofílicos parecidos a trichohialina; y 4) hiperqueratosis compacta.

Esta imagen histológica ha sido descrita en la Eritrodermia congénita ictiosiforme ampollar, en el Nevus lineal generalizado, en el Nevus duro de Unna y en el Acanthoma epidermolítico aislado.

El autor describe lesiones de Hiperqueratosis epidermolítica en la pared epitelial de un quiste epidérmico, formando focos en una Queratosis seborreica, asociada a hiper y paraqueratosis con atipias nucleares, asociada a un carcinoma espino-celular, también fue observada la hiperqueratosis epidermolítica en focos al lado de una queratosis verrugosa benigna y en la epidermis suprayacente a amiloidosis cutis y a granulosa anular.

Arch. Dermatol. Vol. 102, Sept. 1970.

EPIDERMOLYTIC VARIANT OF SOLAR KERATOSIS

A. BERNARD ACKERMAN, M.D., Miami, Fla. and RICHARD

J. REED, M.D., New Orleans

Los autores describen dos casos de lesiones relacionadas con el desgaste solar de la piel en las cuales se observan aspectos propios

de hiperqueratosis epidermolítica, que consideran un término descriptivo para lesiones observadas en condiciones benignas relacionadas y no relacionadas. En relación a sus casos creen que este fenómeno representa una variante epidermolítica de la queratosis solar.

La hiperqueratosis epidermolítica ha sido asociada a varias condiciones como la eritrodermia congénita ictiosiforme, el nevus epitelial sistematizado y queratosis aisladas. Los autores señalan que han encontrado hiperqueratosis epidermolítica como un componente histológico dominante en dos queratosis solares.

Los casos reportados que clínicamente sugirieron carcinoma espinocelular presentaron histológicamente cambios importantes de hiperqueratosis epidermolítica.

Los cambios histológicos fueron inicialmente asociados con eritrodermia congénita ictiosiforme, pero luego se han encontrado en ictiosis histrix, queratodermia palmo-plantar, queratosis solitaria y en varios procesos inflamatorios y neoplásicos, así parece que las lesiones de hiperqueratosis epidermolítica no son sólo vistas en la eritrodermia congénita ictiosiforme, sino en varias otras dermatosis benignas en la epidermis y del melanoma maligno.

Arch. Dermatol. Vol. 107, jan. 1973.

COLAGENOSIS REACTIVA PERFORANTE

AMIR H. MEHREGAN, M.D.; OSCAR D. SCHWARTZ, M.D.; y

CLARENCE S. LIVINGOOD, M. D., Detroit

Los autores presentan un caso con una reacción rara de la piel que parece ser provocada por traumas menores con cambios en la porción papilar del corion caracterizados por afinidad del tejido conjuntivo para la hematoxilina.

Este caso, como los posteriormente publicados presentan lesiones clínicas similares y comienzan casi siempre en la infancia. La paciente, una niña de 6 años y medio de edad tenía una erupción constituida por pápulas distribuidas en codos, rodillas, antebrazos y especialmente en dorso de las manos, algunas pápulas, con distribución lineal, recordaban el fenómeno de Koebner. Las pápulas eran ligera

mente eritematosas, aumentaban de tamaño, se umbilicaban en su centro mostrando material queratinoso, en aproximadamente 8 semanas las lesiones regresaban dejando un área hipopigmentada.

Las lesiones histológicas resaltantes son: material hematoxilínico en la papila dérmica con atrofia de la epidermis suprayacente. En las lesiones umbilicadas se aprecia un área epidérmica deprimida y ocupada por un tapón formado por material queratinoso paraqueratósico y masas de tejido conectivo necrobiótico conteniendo núcleos degenerados y células inflamatorias, finas bandas colágenas en dirección perpendicular a la epidermis son eliminadas a través de ellas; en la dermis hay un discreto aumento de la vascularización y un discreto infiltrado linfo-histiocitario; no hay fibras elásticas en este tejido conectivo así eliminado.

Arch. Derm. - Vol. 96, Sept. 1967. Arch.

Der - Vol. 102, Sept. 1970.

KERATOSIS LICHENOIDES CHRONICA

MARVIN H. MARGOLIS, M.D.; GARRET A. COOPER, M.D.;

and A. M. JOHNSON, M.D.

Los autores refieren que desde 1965 vienen observando un paciente con una erupción pápulo-escamosa, progresiva y recalcitrante de 15 años de duración.

Biopsias repetidas han ofrecido algunas variaciones, pero varios hechos se han mostrado constantes. Han observado paraqueratosis folicular focal sobre una epidermis discretamente atrófica; hay un infiltrado mixto por linfocitos e histiocitos en la dermis papilar presionando una epidermis adelgazada. Hay un infiltrado similar peri-vascular y peri-anexial; en otras oportunidades se han observado áreas de atrofia alternando con zonas acantóticas, paraqueratosis e hipergranulosis focal.

En dermis superior una banda de infiltrado por células mononucleadas, especialmente linfocitos e histiocitos con un área de degeneración de licuefacción de la capa basal y una exocitosis de infiltrado hacia la epidermis; en la dermis media hay un infiltrado similar perivasculoso.

Los autores piensan que esta entidad es distinta, y la diferencia de la queratosis folicular, del angioqueratoma corporis difuso, de la colagenosis eruptiva perforante, prurigo nodular, parapsoriasis, histiocitosis X, hiperqueratosis lenticular perstans y el liquen ruber moniliforme de Kaposi.

Arch. Derm. Vol. 105, May, 1972.

FOCAL EPITELIAL HYPERPLASIA

AMOS BUCHNER, D.M.D., and YOCHANAN RAMON, M.D.,
Tel-Aviv, Israel

Los autores describen lesiones papulosas labiales y orales observadas en dos jóvenes israelíes; la apariencia clínica e histológica permite el diagnóstico de hiperplasia focal epitelial, inicialmente descrita por Archard y colaboradores como una afección relativamente rara en indios americanos en 1965 (Oral Surg 20: 201-212, 1965).

Clínicamente se trataba de lesiones descritas como pápulas (que lucen como placas) y nódulos en los labios y en la mucosa oral, del color normal de la mucosa que las rodea o ligeramente rosadas; sensación de "hinchazón" de la boca. La histología revela discreta paraqueratosis y marcada acantosis con discreto infiltrado por linfocitos y plasmocitos. Se ve en personas jóvenes y posiblemente está genéticamente determinada. Se ha sugerido la etiología viral.

Arch. Derm. Vol. 107, Jan. 1973.

LINEAR PAPULAR ECTODERMAL-MESODERMAL HAMARTOMA

(HAMARTOMA MONILIFORMIS)

THOMAS BUTTERWORTH, M.D. y JAMES H. GRAHAM, M.D.,
Philadelphia

Los autores describen con este nombre una afección que no han visto publicada en la literatura consultada.

Es una erupción micropapular fina, asintomática, que tiende a distribuirse linealmente en la cara y el cuello, observada en pacientes con retardo mental de raza negra. Comienzo post-puberal y etiología oscura.

Histológicamente presenta una epidermis pigmentada con hiperqueratosis, tapones foliculares, adelgazamiento de la zona suprapapilar y alargamiento de los conos interpapilares, áreas de discreta acantosis, se observan células de Langerhans, proliferación de nervios dérmicos, folículos y glándulas sebáceas resaltantes, pelos de tipo lanugo, fibrosis perifolicular, hiperplasia endotelial, proliferación del colágeno y del tejido elástico y presencia o aumento de polisacáridos ácidos en asociación con el estroma, los folículos pilosebáceos y las glándulas sudoríparas ecginas.

Arch. Derm. Vol. 101, Feb. 1970.

ECRINE-CENTERED NEVUS

El autor describe una forma peculiar de Nevus pigmentado que clínicamente consistían en pápulas pigmentadas agrupadas. Histológicamente se encontró que los grupos de células névicas proliferaban alrededor de conductos sudoríparas ecginas en la estructura dermo-epidérmica. Las lesiones fueron clínicamente señaladas por Scholtz en 1932.

Posible origen: Células névicas en la pared de los conductos ecginos.

Arch. Derm. Vol. 107, Jan. 1973

ECRINE POROMATOSIS

RONALD GOLDNER, M.D., Baltimore

El Poroma ecgino fue descrito como una entidad clínico-patológica por Pinkus en 1956, representando un neoplasma benigno de la porción ínteradérmica del conducto sudoríparo ecgino.

El Poroma ecgino se ha reportado siempre como una lesión solitaria. El autor describe un caso de una mujer blanca de 65 años

de edad, con lesiones múltiples en palmas y plantas de 20 años de duración, lesiones con aspecto angiomatoide. Una biopsia de palma y 11 de plantas dieron como resultado lesiones propias de Poroma ecрино.

El Dr. Goldner cree que este es probablemente el primer caso reportado por Poromatosis ecрино.

Arch. Derm. Vol. 101, May. 1970.

HIDROACANTOMA SIMPLE MALIGNO

KINYA ISHIKAWA, M. D., Tokyo

Señala el autor que en 1956 Smith y Coburn revisaron los tumores que formalmente habían sido clasificados como Epiteliomas intra-epidérmicos de Borst-Jadassohn y expresaron su punto de vista de que los nidos tumorales intra-epidérmicos típicos del tipo Jadassohn pueden representar la formación de gérmenes sudoríparos múltiples. Ellos designaron a tales tumores Hidroacantomas simples, que más tarde dividieron en los tipos benigno y maligno. Señalan que el tipo benigno ha sido bien documentado pero no así el maligno, el cual no ha sido reportado en la literatura, por eso cree de importancia la publicación de su caso.

Se describe el caso de una mujer japonesa de 74 años de edad con una lesión presente desde hace algunos años en la parte más baja de la pierna izquierda. Era una placa de 3 x 4 cm ligeramente ulcerada en su centro que fue extirpada quirúrgicamente con el diagnóstico clínico de Enfermedad de Bowen.

Acantosis e hiperqueratosis marcada, hay nidos tumorales numerosos y bien definidos en la epidermis. Las células tumorales son pequeñas, redondas, de tamaño uniforme, desprovistas de melanina, pero contienen considerable cantidad de glucógeno. La formación de luces son observadas en los mismos nidos tumorales. En la luz hay material amorfo PAS negativo y Alcian blue positivo.

En este caso un hecho importante es la ulceración; en este sitio las masas tumorales son numerosas y recuerdan las masas tumorales dérmicas, además hay células atípicas con núcleo hiper cromático; en el estroma hay vascularización e inflamación.

Smith y Coburn relacionaron el tumor con las glándulas sudoríparas por detalles morfológicos, pero recientemente Holubar y Holff encontraron que la porción intra-epidérmica del hidroacantoma exhibe actividad enzimática similar a las del ducto sudoríparo ecrino, por esto creen que el hidroacantoma es una variante del poroma ecrino y proponen el nombre de "Poroma ecrino intra-epidérmico" para este tipo de epiteloma intra-epidérmico.

Arch. Derm., Vol. 104, Nov. 1971.

TRABECULAR CARCINOMA DE LA PIEL

CYRIL TOKER, M. D., New York

El autor estudia 5 pacientes con carcinoma trabecular de la piel; se originan en la dermis o en el sub-cutis inmediato y exhiben una morfología uniforme, están compuestos de una trabécula sólida que carece de acino definido. Se postula como origen células primitivas de la estructura sudorípara. Las lesiones se han encontrado en ambos sexos y los tumores mayores se han diseminado por vía linfática.

El carcinoma trabecular puede ser de difícil diagnóstico y puede ser confundido con metástasis cutáneas de cánceres viscerales. Los hechos histológicos del tumor no son suficientemente distintivos para permitir la diferenciación con un carcinoma metastásico anaplástico.

En términos generales el tumor está compuesto histológicamente por células que forman una masa en el seno de la dermis pudiendo o no invadir u ocupar la hipodermis; las células se disponen irregularmente en forma de trabéculas y cordones anastomosados, con núcleos grandes vesiculares y abundantes mitosis; la anastomosis celular puede provocar imagen de sincicio. Las células se ordenan en una forma tal que no forman acinos o túbulos pero pueden ofrecer cierta imagen pseudo-glandular; el estroma luce fragmentado y luego degenerado.

Arch. Derm. Vol. 105, Jan. 1972.

ECTASIA ARTERIOLAR ACRAL

DAVID A. PASLIN, M. D., y CHARLES L. HEATON, M. D.,
Philadelphia

Los autores señalan que esta afección es una malformación vascular que no ha sido reportada antes y que consiste en la presencia de vasos purpúricos, serpiginosos en dorso de los dedos de las manos, surgiendo en la quinta década de la vida.

Reportan un caso en un paciente masculino de 45 años de edad, de color, con cirrosis hepática, alcoholismo, mastectomía bilateral por ginecomastia, pancreatitis, atrofia cerebral y síndrome de Hernicke.

La naturaleza arterial de las lesiones fue confirmada por arteriografía y por biopsia.

ARTERIA LABIAL INFERIOR PROMINENTE

J. B. HOWELL, M. D., y ROBERT G. FREEMAN, M. D. Dallas

Los autores refieren que tuvieron la oportunidad de observar 7 casos de los que han denominado arteria labial inferior prominente.

Se trata de un segmento engrosado y dilatado de la arteria labial inferior que forma tumefacción y un cordón en la zona cutáneo-mucosa del labio inferior, asintomática, en paciente de ambos sexos entre los 40 y 70 años de edad. La lesión es relativamente fácil de reconocer si el médico u odontólogo están en conocimiento de ella, al examen físico se observa un cordón ondulante con una zona más aparente o levantada, la observación puede descubrir que la lesión es pulsátil o confirmar este síntoma por la palpación; aún si hay dudas puede punzarse con una aguja o inyectadora.

Los autores refieren que la lesión puede ser confundida con leucoplasia infiltrada, tumor maligno del labio, quiste mucoso, fibroma, etc. y que si se extirpa puede provocar al dermatólogo u odontólogo un momento embarazoso y una desagradable experiencia para el paciente.

La explicación de esta lesión incluye arterioesclerosis, aneurisma, anomalías de los vasos, adelgazamiento del labio inferior debido a la edad y enfermedad arterial asociada con engrosamiento y tortuosidad de los vasos. Como una regla la lesión no requiere tratamiento sino solamente su identificación.

Arch. Derm. Vol. 107, Feb. 1973.

PAPULOSIS LINFOMATOIDE

ELEAZAR J. FEUERMAN M. D. y MIRIAM SANDBANK, M. D.,

Petah Tiqua, Israel

Los autores recuerdan que en 1968 Macaulay describió una extraña erupción cutánea que llamó Papulosis linfomatoide (Lymphomatoid Papulosis) la cual tenía un curso clínico benigno, pero con una imagen histológica decisivamente maligna.

Refieren que posterior a la comunicación de Macaulay pocos casos han sido publicados.

Los autores describen un paciente de 52 años de edad con una erupción constituida por pápulas eritematosas que luego se pigmentan, algunas se necrosan o presentan hemorragia en su centro y luego regresan cicatrizando en dos a cuatro semanas. La erupción se parece mucho a la Enfermedad de Mucha-Habermann (Pitiriasis liquenoide y varioliforme aguda). Histológicamente observaron vesículas y edema intraepidérmicos y sub-epidérmicos. En la dermis un denso infiltrado de células con núcleo redondeado u oval lobulados o en forma de riñón, ricos en cromatina, nucleolo prominente y citoplasma basófilo, se observaron algunas figuras mitóticas atípicas y unos pocos linfocitos, neutrófilos y eosinófilos.

Los autores establecen cierta comparación de esta afección con otras afecciones que teniendo curso clínico benigno, tienen cambios histológicos malignos, como el queratoacantoma y el melanoma juvenil.

Arch. Derm., Vol. 105, Feb. 1972.

ANGIOPLASIA PAPULAR

EDWARD WILSON-JONES, MB, FRCP y RONALD MARKS, BSC, M.B.,

London

Los autores describen dos pacientes, un hombre de 67 años y una mujer de 80 años de edad, con lesiones papulares y nodulares rojas oscuras, purpúricas, hemorrágicas, de aproximadamente 3 a 7 mm de diámetro, localizadas en cara y cuero cabelludo, asintomáticas.

El estudio histológico de varias lesiones revelaron un denso infiltrado localizado hacia la dermis superior y media, sin invasión al panículo adiposo, el principal componente era una mezcla de capilares anormales en varios estados de desarrollo con células conjuntivas atípicas; los capilares varían de tamaño y según la zona observada presentan células atípicas en su endotelio, existen núcleos hipercromáticos y varias figuras mitóticas. Las células del tejido conectivo muestran un gran pleomorfismo, algunas varían grandemente de tamaño y presentan núcleos grotescos hipercromáticos, en algunas biopsias, las últimas tomadas podían verse algunas gigantes. Había escasos linfocitos, neutrófilos, eosinófilos, mastocitos y plasmocitos. Pudo demostrarse una fina malla de fibras reticulares.

Aunque la evolución clínica de las lesiones fue benigna, los hallazgos histológicos son francamente malignos y puede dar lugar a confusión, por este motivo los autores refieren que el término malignidad debe ser reservado para el comportamiento biológico anormal de los tejidos y no por sus características citológicas.

Arch. Dermi., Vol. 102, Oct. 1970.

DERMO-HIPODERMITIS GRANULOMATOSA

CRONICA ATROFIANTE PROGRESIVA

JACINTO CONVIT, M. D.; FRANCISCO KERDEL, M. D.;
MAURICIO GOIHMAN, M. D.; ANTONIO J. RONDON, M. D.;
JOSE M. SOTO, M. D., Caracas -Venezuela.

Los autores describen una dermatosis crónica, progresiva, caracterizada por lesiones papulares formando placas en varias partes del cuerpo con fenómeno secundario de cutis laxa adquirida.

La enfermedad comenzó después de sucesivas inyecciones de antígeno de Mitsuda y de vacuna BCG. Una de las lesiones iniciales apareció en el sitio donde el antígeno de Mitsuda fue inyectado. La enfermedad evolucionó en un período de más de 20 años. Los corticoides prestaron temporal y parcial beneficio, hubo recaída al suspenderlos. Cuando la azathioprina fue indicada, hubo regresión de las lesiones. Esto plantea la posibilidad de un mecanismo auto-inmune de la enfermedad. El paciente murió después de un período de intensa diarrea;

tenía también inflamación de los ganglios linfáticos. El estudio postmortem de estos ganglios fue interpretado como Enfermedad de Hodgkin.

La biopsia inicial de este paciente reveló un infiltrado crónico por histiocitos y un foco de células epitelioides. En biopsias posteriores se observó granuloma en dermis media por histiocitos y células gigantes, y células epitelioides; en lesiones pedunculadas se observó un granuloma formado por grandes células vacuolizadas con abundantes células gigantes que ocupaban la dermis y la hipodermis, con dilatación de los vasos e infiltrado formado por linfocitos y plasmocitos en todos los fragmentos se observó destrucción del colágeno y tinciones con Sudan III y Sudan IV, revelaron que las células vacuoladas estaban llenas de lípidos.

Arch. Derm. Vol. 107, N 2, february 1973.

UN ESTUDIO HISTOPATOLOGICO DE LA VARIEDAD HISTOIDE DE LA LEPROA LEPROMATOSA

K. V. DESIKAN y C. G. S. IYER. International journal of Leprosy,
Vol. 40, N° 2 - April-June 1972.

Los autores estudiaron biopsias de piel obtenidas de lesiones de 109 pacientes clínicamente diagnosticados como lepra histoide. Consideraron que 25 de los 109 casos tenían hechos histológicos característicos del leproma histoide; 42 casos, a pesar de no presentar todos los detalles completos en relación a la descripción hecha por Wade, fueron considerados como consistentes con leproma histoide. Los 42 casos restantes no presentaron evidencias suficientes como para considerarlos cónsonos con el diagnóstico de lepra histoide, eran casos de lepra lepromatosa con atipicidades.

Lesiones histológicas: Epidermis adelgazada, Banda de Unna, en la periferia de la lesión se observan densas bandas de colágeno formando una pseudo-cápsula, los apéndices son rechazados a un lado por el crecimiento de la lesión, por eso están generalmente fuera de la lesión o en su periferia, al final pueden ser destruidos. El infiltrado está constituido por numerosas células fusiformes delgadas formando bandas, remolinos (curlículos).

Tales estructuras son frecuentemente indistinguibles histológicamente de un neurofibroma o un dermatofibroma. Núcleos en empalizada y células gigantes no se observan. Las células fusiformes tienen una cantidad moderada de citoplasma con núcleo oval y suavemente teñido. En algunos casos las células son poligonales o irregulares, observadas especialmente en las lesiones recientes o de poco tiempo de evolución, entonces las células tienen citoplasma abundante, granular y eosinófilo. La vacuolización es raramente observada y no se ven macrófagos en espumadera. Las células fusiformes y las células poligonales están mezcladas en algunos casos. Además de las células señaladas como principales en el infiltrado, existe una cantidad variable de células inflamatorias, especialmente hacia la periferia de la lesión. Por supuesto que, en las lesiones con mayor número células fusiformes contienen abundante tejido conjuntivo.

Las lesiones histoides contienen gran número de bacilos ácidoalcohol resistentes, mucho más de los que observamos en un caso común de lepra lepromatosa; están formando paquetes y grupos alargados que ocupan completamente las células, sin embargo no destruyen su contorno, esta organización ha sido llamada por Wade "hábito histoide", considerado como uno de los aspectos característicos del leproma histoide. Los microorganismos son habitualmente sólidos. Colecciones de células epitelioides han sido descritos por Wade con el nombre de "contaminación tuberculoide".

International Journal of Leprosy.

Vol. 40, N° 2, April-June 1972.

International Journal of Dermatology.

Vol. 12, N° 1, January-February 1973.

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS DEL GRANULOMA MULTIFORME

(Mkar Diseases)

Incluyendo una comparación con lepra y con granuloma anular.

Publicación del primer caso del Congo (Kinshasa)

WAYNE M. MEYERS, DANIEL H. CONNOR y RALPH SHANNON

Esta enfermedad fue descrita por Leiker y colaboradores en 1964 en pacientes observados en Nigeria. Clínicamente está caracterizada

por placas elevadas, algunas anulares o circinadas con el borde en cordón y de localización variable, tienen prurito y la sensibilidad superficial está siempre conservada. Se ha sugerido como posibles factores etiológicos la picadura de algunos insectos culicidos y algún componente del excremento de los murciélagos, pero la verdadera causa de la afección se desconoce. Histológicamente se encuentra un granuloma dérmico formado por células epitelioides, histiocitos, células gigantes de tipo Langhans escasos plasmocitos, polinucleares eosinófilos y linfocitos. Las fibras colágenas no lucen degeneradas y no se aprecia alteraciones de su tinción; las fibras elásticas están muy reducidas a nivel de las lesiones y las células contienen pequeños fragmentos de fibras elásticas fagocitadas, histiocitos y células gigantes, al menos en el caso publicado, contienen fragmentos de elástica. No se encontraron áreas de necrosis, cuerpos extraños ni microorganismos.

CARACTERÍSTICAS DISTINTIVAS DE GRANULOMA MULTIFORME, GRANULOMA ANULAR Y LEPROA TUBERCULOIDE

	<i>Granuloma Multiforme</i>	<i>Granuloma Anular</i>	<i>Lepra Tuberculoides</i>
HALLAZGOS CLINICOS	Enfermedad de adultos. Usualmente atacada la parte superior del cuerpo. Las lesiones pican Sensibilidad y nervios normales.	Enfermedad de niños. Ataque a manos y pies. Sensibilidad y nervios normales.	Enfermedad de niños y adultos. No prurito. Alteraciones de la sensibilidad y de los nervios.
HALLAZGOS HISTOPATOLOGICOS	Distribución al azar del granuloma en la dermis, separado de la capa papilar. Plasmocitos, mastocitos y eosinófilos a veces presentes. Nervios intactos. Degeneración focal del colágeno, nervios intactos, fragmentación y fagocitosis de las fibras elásticas. Etiología desconocida.	Foco de degeneración del colágeno rodeado por zona granuloma-tosa. Nervios intactos. Plasmocitos, mastocitos y eosinófilos a veces presentes; linfocitos alrededor de los vasos. Causa desconocida.	El granuloma puede atacar toda la dermis. No hay degeneración del colágeno. Nervios atacados. Bacilos ácido-alcohol resistentes en los nervios.
RESPUESTA AL TRATAMIENTO	No respuesta a la DDS. Las lesiones persisten por años y eventual-mente curan espontáneamente.	Puede regresar espontáneamente o responder a esteroides locales.	Tiende a regresar espontáneamente pero cura con DDS.

Características histológicas del Granuloma Multiforme. (Mkar Diseases).
Wayne M. Meyers, Daniel H. Connor y Ralph Shannon. International Journal of Leprosy.
Vol. 38, 3, July-September, 1970.

IPODISTROFIA CENTRIFUGA ABDOMINAL INFANTIL

KOZO MAKINO, M. D.; TAEKO INOUE, M.D.; SHUHEI

SHIMAO, M. D.; YONAGO, Japan

Describen el sexto caso de esta afección descrita inicialmente por Imamura, Yamada e Ikeda en septiembre de 1971 en cinco niños japoneses.

La afección está caracterizada clínicamente por una razón de depresión de la piel especialmente del abdomen, bien definida, eritematosa, que se extiende centrífugamente y se acompaña de pérdida o disminución de la grasa sub-cutánea. Una fina descamación rodea la zona de depresión.

La biopsia revela discreta atrofia epitelial, un discreto infiltrado linfocitario e histiocitario perí-vascular en dermis superior, no lesiones del colágeno; infiltrado linfo-histiocitario y un considerable número de células gigantes de tipo cuerpo extraño en el subcutis, con marcada disminución de la grasa sub-cutánea. Aparentemente no cede a los esteroides. El cuadro debe diferenciarse de la atrofoderma I. de Pasini y Pierini, de la atrofia macular, pan-atrofia de Gowers de la P. granulomatosa de Rothmann-Makai, del L. E. profundo y de la Adiponecrosis sub-cutánea neonatorum.

Arch. Derm. Vol. 106, dec_ 1972.

INMUNOFLOURESCENCIA EN ENFERMEDADES DE LA PIEL

LES	+	M. BASAL D-E.	
LEDC	+	M. BASAL D-E.	
L.P.	+	PAPILAS DERMICAS	
L.N.	0		
Penfigoide mucoso benigno:	+	M. BASAL D-E.	
Esclerosis sistémica	0		
	0	(15 casos)	
Livedo vasculitis:	+	(11 casos)	
Granuloma facial:	+		
E.N.L.:	+		
Vasculitis necrotizantes:	+		

Arch. Derm. Vol. 107, Feb. 1973. Arch.
Derm. Vol. 104, Sept. 1971. Arch. Derm.
Vol. 103, January 1971. Arch. of Derm. Vol.
106, Aug. 1972.

PATOGENESIS Y EPIDEMIOLOGIA DE LAS VERRUGAS GENITALES

Dr. HARVEY BLANK

En el pasado, las enfermedades por virus que se localizaban en los genitales con frecuencia no eran consideradas infecciones venéreas, a excepción del linfogranuloma venéreo, el cual se encuentra en realidad entre los virus y las bacterias; pero las verrugas, el moluscum contagioso y los herpes no se consideraban de origen venéreo sino hasta hace poco y actualmente está perfectamente claro que todas éstas son enfermedades venéreas en la mayoría de los casos, no en todos desde luego, pero sí en la mayoría de los casos. Voy a mostrarles algunas de las evidencias para esta conclusión.

El moluscum contagioso se ha venido convirtiendo en una infección venérea común en los adultos y con frecuencia se presenta en la región del pubis, algunas veces en los genitales, pero en la base del pene.

Existen muchos casos en la literatura procedente de diferentes partes del mundo que comparten este punto de vista. En las clínicas dermatológicas de Londres, en comparación con las clínicas para las enfermedades venéreas, tuvieron sólo 15 casos de moluscum contagioso durante un año, de 2.500 nuevos casos que se le presentaron y la mitad de estos casos tenían menos de 15 años de edad; por lo general se presentó en las extremidades y otros sitios, mientras que en las clínicas para las enfermedades venéreas hubo muchísimos más casos; hubo 23 casos durante tres meses y casi 100 casos durante un año, y la edad promedio fue de 24 años de edad y las lesiones se presentaron en los genitales.

En diferentes partes del mundo, por razones que se desconocen, el moluscum contagioso actúa en forma distinta. En Escocia, por ejemplo, la edad promedio es de 10 a 12 años mientras que en las Islas Fidji se presenta en niños muy jóvenes; el porqué de esto nadie lo sabe, sin embargo es mucho más corriente ahora como infección venérea en los adultos jóvenes.

La mayoría de las verrugas, en áreas genitales, para la mayoría son consideradas venéreas, sin embargo otros no lo creen así. Yo pienso que en la actualidad, en la mayoría de los casos, tenemos evidencia de que sí lo son.

Y por supuesto, en la mujer lo malo se vuelve peor en lo que respecta a su origen venéreo. Un caso interesante lo constituyó una mujer que, aparentemente, lucía como si estuviera embarazada, sin estarlo, su enfermedad era del hígado; nosotros hemos tenido varios casos, casos con verrugas como éste. Si Uds. tienen una mujer con verrugas de gran crecimiento y no está embarazada, hay que sospechar que existe algún trastorno del hígado, puede que tenga cirrosis o cualquiera otra enfermedad del hígado, lo que le impide metabolizar los estrógenos.

Otro punto de interés es la comparación de la incidencia de las verrugas genitales con la gonorrea y esto constituye uno de los argumentos que evidencian que las verrugas genitales se deben en realidad, o son debidas a infección venérea. Uds., podrán observar tanto en los hombres como en las mujeres, a la edad sexual que las verrugas son más frecuentes precisamente a la misma edad que la gonorrea es más frecuente, esto también se observa en las mujeres. Esto constituye evidencia circunstancial, el que las verrugas venéreas se contraigan por vía venérea.

Algunas personas han realizado trabajos muy interesantes tratando de visualizar el virus de las verrugas corrientes y el virus de la verruga genital. Lucen idénticos, son iguales aparentemente, sin embargo en la actualidad existen razones para pensar que la mayoría de las verrugas, las verrugas genitales, son un virus diferente del virus de las verrugas de la piel.

Una de las razones para este concepto es el resultado de un estudio con electro microscopio sobre las verrugas cutáneas y las verrugas genitales. En este estudio se buscó con el electro microscopio la aglutinación de los virus, y se encontró que los anticuerpos de las verrugas cutáneas reaccionaban tanto con el virus cutáneo como con el virus genital, mientras que los anticuerpos del virus genital reaccionaban solamente con el virus genital. Este anticuerpo es muy específico mientras que el otro es más amplio. Se trata de un

caso similar al herpes tipo I y tipo II, estos dos virus son serológicamente diferentes.

Otro estudio trata sobre el test de fijación de complemento, sin embargo, estudia pacientes con verrugas genitales, sin relación con las verrugas cutáneas, luego desarrollan anticuerpos únicamente contra el virus de las verrugas genitales y luego, los pacientes con verrugas cutáneas y no genitales, desarrollaron anticuerpos contra ambas. Esto es exactamente lo que se demostró anteriormente, estos anticuerpos están presentes en las verrugas venéreas, y reaccionan sólo al virus de las verrugas venéreas, y si el paciente tiene ambos tipos de verrugas también desarrollará ambos anticuerpos. Entonces tenemos que existe evidencia serológica de que el virus de las verrugas cutáneas es diferente del virus de las verrugas genitales.

Otro aspecto de las verrugas venéreas, en relación a las lesiones anales, es que se están haciendo más comunes, Estas se conocen desde hace muchos años.

En estudios recientes, realizados en Inglaterra, para la comparación de las verrugas genitales anales tanto en los hombres como en las mujeres, se considera que las verrugas se presentan tanto en los hombres como en las mujeres, sin embargo existe cierto predominio en los hombres, principalmente cuando son en la región del ano, lo que se deba posiblemente a la homosexualidad. La mayoría de estos casos -no todos sin embargo- pero sí la mayoría de ellos se deben a la exposición homosexual; además, las verrugas genitales en el hombre se encuentran principalmente alrededor del ano y estas verrugas, es sabido por muchos años, se deben a infección venérea.

Un caso muy importante es que ha habido un cierto número de pacientes que se han envenenado con podofilina y la mayoría de nosotros no pensamos que esto podría ser un problema grave.

Un ejemplo de esto es el siguiente: Se trata de una joven que está embarazada, presentó hemorragia en las verrugas genitales. Se le aplicó bajo anestesia general podofilina al 25%, en una gran extensión (7,5 pulgadas); en este caso la extensión y cantidad fue enorme. Al tercer día la joven se sintió débil, le fallaban las piernas, al séptimo día estaba muy enferma, perdió los reflejos y se

volvió cianótica teniendo que administrársele respiración artificial (mecánica) y al décimo día fiebre. Durante los próximos tres meses la joven se recuperó gradualmente, sin embargo, presentaba dificultades para caminar y escribir a máquina (era mecanógrafa); para el décimo mes ya estaba completamente recuperada.

Si ustedes estudian la literatura encontrarán por lo menos cinco casos, o más quizás, de envenenamiento neurológico por la excesiva aplicación de podofilina en las verrugas. Entonces, es muy importante usar solamente una pequeña cantidad, ya que podría resultar muy peligrosa.

Se terminó el tiempo. Muchas gracias ...

ALGUNOS ASPECTOS DE LA CONDUCTA EN LAS ENFERMEDADES VENEREAS

Dr. R. R. WILLCOX, M.R.C.P. 1.

INTRODUCCION

En la mayoría de las áreas la gonorrea se ha convertido en un problema cada vez mayor en los últimos años, arrojando cifras y tasas de incidencia más elevadas que los picos anteriores durante o inmediatamente después de la última guerra mundial. La sífilis que ha sido mayormente controlada por lo general, se halla también en aumento en algunos países (v. g.: en los EE.UU.). Al agregar las otras enfermedades transmitidas sexualmente, v. g.: uretritis no-gonocócica -con una reconocida prevalencia sobre la gonorrea en los hombres- se llega a un total asombroso de incidencia de las enfermedades transmitidas sexualmente.

Los factores principales responsables por esta alza son el incremento en la movilidad de la población, combinado con el cambio de actitudes y costumbres, factores ambos que han contribuido a un incremento de la promiscuidad.

2. MOVILIDAD POBLACIONAL

Todas las formas treponematosas (al igual que otras enfermedades transmitidas sexualmente) se han diseminado históricamente en el pasado durante las migraciones masivas (Hudson 1965) incluyendo las peregrinaciones religiosas (Hudson 1963) y el tráfico de esclavos de África (Hudson 1964). El papel del marinero y el soldado en la propagación de la sífilis así como de otras enfermedades transmitidas sexualmente es tradicional y en los tiempos modernos las migraciones de personas en busca de trabajo o que huyen de la opresión y, más recientemente, la "explosión viajera" de los turistas (Guthe y Willcox 1971).

Se ha estimado que hoy día hay en el mundo más de 170 millones de turistas cada año, de los cuales aproximadamente las 3/4 partes comprenden a Europa, en cuyo continente hay a su vez' seis

millones de trabajadores emigrantes, un cuarto de los cuales regresan a sus países de origen cada año para ser reemplazados por nuevos reclutas (WHO 1972).

Estos movimientos masivos combinados con la velocidad de los viajes modernos y las circunstancias sociales que los acompañan permiten que las enfermedades transmitidas sexualmente circunden el globo, por decirlo así, durante sus períodos de incubación y hacen posible que sean llevadas a los hogares de las ciudades y pueblos más pequeños.

3. INCREMENTO DE LA PROMISCUIDAD

Con la mayor facilidad para los sexos de encontrarse y tener contacto y la eliminación de las influencias inhibitoras antiguas se ha presentado un incremento en la promiscuidad tanto heterosexual como homosexual. Los antiguos frenos de la promiscuidad, ya se denominen temor a Dios, a los padres, o a la opinión pública, al embarazo o las enfermedades venéreas en sí han disminuido considerablemente en la sociedad moderna "más ilustrada".

4. CONSECUENCIAS DE LOS ANTICONCEPTIVOS ORALES

Otro factor es la influencia del incremento dramático en el uso de las técnicas anticonceptivas modernas con las que al reducirse el temor al embarazo se puede fomentar la promiscuidad. Lo anterior, añadido al reemplazo del condón que se empleaba antes, el cual aun cuando no era un anticonceptivo muy satisfactorio por lo menos evitaba algunas enfermedades venéreas en ambos sexos, hace que su influencia sea considerada adversa.

Aun cuando la evidencia de que el uso de los anticonceptivos tiene como resultado mayor gonorrea es sugestiva, no es sin embargo concluyente. Juhlin y Liden (1969) al investigar estudiantes universitarias suecas encontraron que las que tomaban la píldora tenían 1 1/2 más relaciones sexuales en el mes (7,2 vs 5,7 en las menores de 20 años) y 0,4 más compañeros (3,7 vs 3,3 en el mismo grupo de edad) que aquellas que no tomaban la píldora. Como todas eran pacientes con gonorrea o contactos gonorreicos no era raro encontrar gonococos en ambos grupos, con igual frecuencia.

Cohen (1970) también demostró haber encontrado una proporción mayor de pacientes con gonorrea entre las que usaban la píldora

que entre el resto de la población clínica (40% vs 20,1%). Hewitt (1970) encontró igualmente que el 15,1% de las pacientes con gonorrea usaban la píldora comparado con la incidencia general de 11,8% en la clínica, lo que por sí solo constituía el doble de lo previsto para el país en su totalidad.

Sin embargo esta evidencia no es aceptada por los planificadores familiares. En un trabajo citado por Pallot (1973) se puntualiza que si se compara el alza dramática del uso de la píldora después de 1960 (ver también Wilcox 1972) con los niveles de la gonorrea y la sífilis se encontrará que no hay nuevos incrementos en las cifras de la gonorrea, y ciertamente sí hay un descenso en la sífilis, en el punto en que se interceptan las curvas. En cuanto a las cifras clínicas individuales de todos los casos nuevos (v. g. en el Hospital St. Mary) mientras éstas muestran una elevación anual más o menos continua también demuestran que la tasa no se ha elevado donde coincide con la introducción de la píldora.

En los contactos gonorreicos del St. Mary tampoco se encontró entre los usuarios de anticonceptivos -quienes en la mayoría de los casos empleaban métodos orales (Cuadro 1)- una mayor incidencia de enfermedad venérea previa; esto fue observado también por Johlin y Liden (1969) en Suecia.

CUADRO I

Empleo de anticonceptivos en relación con enfermedad venérea previa

	Totales	No enfermedad Venérea	Enfermedad venérea previa	
			Nº	%
No anticonceptivos	30	22	8	26.7
Anticonceptivos	75	55	20	26.7
TOTALES	105	77	28	26.7

Sin embargo, quizás sea probable que las personas que hoy día no usan anticonceptivos sean también aquellas que anteriormente tampoco usarían el condón y si los que hoy día emplean los anticonceptivos utilizaran el condón su experiencia con la enfermedad venérea sería menor que la de aquellos que no lo usaron.

5. INFILTRACION EN LOS GRUPOS "CERRADOS"

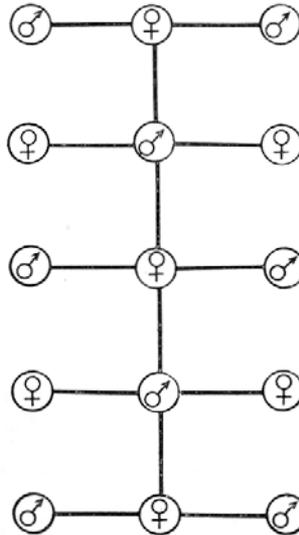
Debe tenerse en cuenta que sólo se necesita un pequeño incremento en la promiscuidad para provocar propagación de la infección dentro de grupos cerrados. Para un ejemplo véase la ilustración en la Fig. 1, una relación sexual infectada, fuera del grupo, puede resultar en la infección de todos, a pesar de que las dos terceras partes del mismo tienen un solo consorte.

6. HOMOSEXUALIDAD MASCULINA

Un rasgo digno de mencionarse desde la II Guerra Mundial consiste en la asociación cada vez más reconocida de la sífilis temprana en los hombres y la homosexualidad, particularmente en las

Only Might Extra Promiscuity may be
Required for Large V .D. Increase

2/3 of this group
have only one
consort
yet
one outside link
could result in
all infected



grandes ciudades donde los homosexuales pueden ser responsables por la mayoría de las infecciones. Aun cuando esto pareciera ser un problema de mayor promiscuidad entre homosexuales en una sociedad más tolerante también es probable y mucho más evidente que se deba a que tales personas se sienten más libres para discutir su comportamiento.

Se ha estimado que en los EE.UU. la homosexualidad comprende un 4 % de los machos adultos y un homosexual moderadamente activo puede tener contacto con 100 hombres diferentes cada año (Gebhard 1971). Se presume que el número de contactos diferentes por macho homosexual, por unidad de tiempo, se ha incrementado aun cuando no existen datos suficientes para respaldar esta hipótesis. Los chancros anales representan sin lugar a dudas una manifestación de sífilis temprana más corrientemente encontrada hoy día, aun cuando también se puede arguir que antiguamente estos casos pasaban desapercibidos.

A pesar de que muchos médicos han presentado cifras relativas a la incidencia de las enfermedades homosexuales en realidad existen muy pocos datos, si es que los hay, de carácter mundial. Uno de estos estudios ha sido iniciado recientemente en las clínicas de enfermedades venéreas del Reino Unido, en las cuales se llevó a cabo una estadística sobre la proporción de casos de sífilis primaria y sífilis secundaria así como de gonorrea, adquiridas supuestamente homosexualmente por pacientes masculinos reportados en 1971.

En total participaron 176 clínicas en 153 pueblos o ciudades, de las cuales 152 y 131 respectivamente se encontraban en Inglaterra (20 en Londres). La cobertura nacional alcanzada fue de 90,0 % para sífilis y 86,1% para gonorrea.

6.2 Sífilis Primaria y Secundaria

Los resultados totales se muestran en el Cuadro II.

CUADRO II
Sífilis Primaria y Secundaria - Resultados Totales

	Total Infecc.	Heterosex. Penil	Homosex. Penil	Ano- rectal	Total homosexual N°	%
Inglaterra	830	449	168	213	381	45,9
Wales	42	38	1	3	4	9,5
Escocia	52	45	3	4	7	13,5
TOTALES	924	532	172	220	392	42,4

De las 924 infecciones incluidas en el estudio 392 (42,4%) se consideraron adquiridas homosexualmente de las cuales 172 fueron peniles y 220 infecciones ano-rectales.

La proporción fue mucho menor en Gales y Escocia (9,5 - 13,5 por ciento) que en Inglaterra (45,9 %).

Sin embargo una proporción sorprendentemente alta se encontró en las 20 clínicas que participaron en Londres (62,1%) que en las otras 132 fuera de la capital (25,1 %) (ver el Cuadro III).

CUADRO III

Infecciones homosexuales con infecciones Primarias y Secundarias en Inglaterra

<i>Area</i>	<i>Total Infecciones</i>	<i>Total homosexuales</i>	<i>Porcentaje homosexual</i>
Fuera de Londres	363	91	25,1
Londres	467	290	62.1

Además, se encontró una concentración todavía mayor en las cinco clínicas ubicadas en el West End de la ciudad donde la proporción alcanzada fue de 73,3%, la cual contrastaba con el 37,2% en el resto de las 15 clínicas participantes de la capital.

CUADRO IV

Infecciones homosexuales con Sífilis Primaria y Secundaria en Londres

<i>Clínicas</i>	<i>Nº de clínicas</i>	<i>Total de casos</i>	<i>Total homosexuales</i>	<i>Porcentaje homosexuales</i>
West End	5	322	236	73.3
Otras Londres	15	145	54	37.2

6.3 Gonorrea

Los resultados totales se muestran en el Cuadro V.

CUADRO V

Infecciones homosexuales con Gonorrea

<i>País</i>	<i>Total Infecciones</i>	<i>Penil heterosex.</i>	<i>Penil homosex.</i>	<i>Ano-rectales</i>	<i>Total homosex. Nº</i>	<i>%</i>
Inglaterra	32.328	28.938	1.843	1.547	3.390	10.5
Wales	1.092	1.048	31	13	44	4.0
Escocia	2.822	2.707	71	44	115	4.1
TOTALES	36.242	32.693	1.945	1.604	3.549	9.8

De las 36.242 infecciones comprendidas en el estudio, 3.549 (9,8%) se consideraron haber sido adquiridas homosexualmente, de las cuales 1.945 fueron infecciones peniles y 1.604 infecciones anorectales. El promedio de infecciones homosexuales conocidas en Inglaterra (10,5%) fue mayor que el doble de las mismas en Gales y Escocia (4,0 - 4,1%).

En Inglaterra propiamente el promedio en las 20 clínicas de Londres fue de 19,9%, o sea cuatro veces más alto que el promedio para las otras 132 clínicas inglesas que participaron, en las que la proporción fue de solamente 4,6 % (Cuadro VI).

CUADRO VI

Infecciones homosexuales con Gonorrea en Inglaterra

Area	Total Infecciones	Adquiridas homosexualmente	
		Nº	%
Fuera de Londres	19.923	922	4.6
Londres	12.405	2.468	19.9

Al igual que en el caso de sífilis primaria y secundaria hubo una concentración mayor significativa en las cinco clínicas del West End (27,6%) que en el resto de las 15 clínicas de Londres (7,7%) (ver Cuadro VII).

CUADRO VII

Infecciones homosexuales con Gonorrea en Londres

Ubicación de la Clínica	Nº de Clínicas	Total Infecciones	Total homosexuales	Porcentaje homosexuales
West End	5	7.582	2.099	27.6
Otras Londres	15	4.823	373	7.7

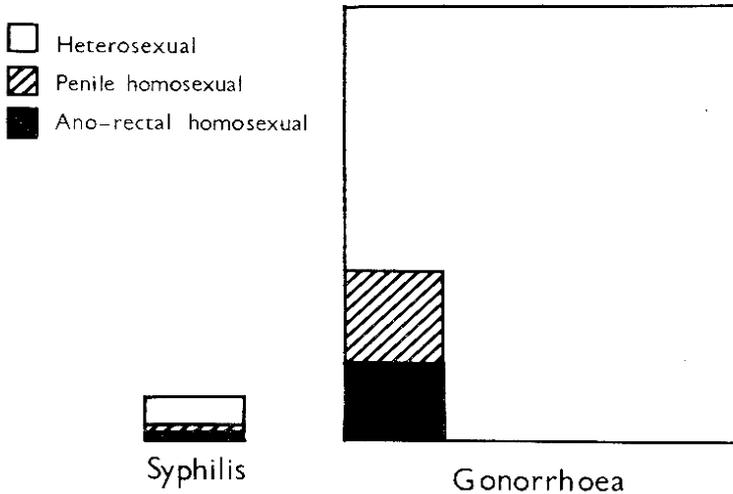
6.4 Dimensión relativa de los dos problemas

Aun cuando el promedio de las infecciones adquiridas homosexualmente es mayor en comparación con la sífilis primaria y secundaria, en términos generales hubo aproximadamente 40 veces más casos de gonorrea, en realidad se trató de nueve veces más homosexuales con gonorrea que con sífilis primaria o secundaria (ver Fig. II).

7. LA MUJER Y LA SEXUALIDAD RECTAL Y ORAL 7.1

Sexualidad rectal

Relative Importance of Homosexual Infections in Primary and Secondary Syphilis and Gonorrhoea



En el hombre la gonorrea adquirida homosexualmente en el recto o por éste es prácticamente la regla. En la mujer, con las nuevas técnicas de cultivos disponibles, se han registrado altos niveles de involucración rectal - hasta 40% y más (Jensen 1953, McClone *et al* 1968, Schmale *et al* 1969, Pariser 1972). Aun cuando algunos (v. g. Jensen 1953) han sugerido que el coito pene-anal constituye la causa predominante la mayoría de los observadores creen que las infecciones rectales en la mujer usualmente son el resultado de la transferencia de material infectado procedente de la vagina quizás por la forma descuidada en que se utiliza el papel toilet.

Sin embargo, la relación sexual rectal heterosexual no es rara entre los pacientes con enfermedad venérea. Goldberg (1964) reportó que 94 (34,4%) de 179 pacientes varones negros que asistían a una clínica en Jamaica la habían practicado por lo menos una vez y solamente 11 lo habían hecho con frecuencia. De 177 pacientes distintos que asistían a una clínica en Chicago las cifras respectivas fue

ron de 24,7% y 7. Pariser (1972) en Norfolk, Virginia, interrogó nuevamente a sus pacientes con gonorrea positiva y encontró que el 75% admitieron tener relaciones sexuales rectales o penetración parcial rectal con sus compañeros infectados.

7.2 Sexualidad oral

La sexualidad oral es igualmente corriente en el macho homosexual. Veinte años atrás Kinsey y sus colegas (1953) encontraron que en la mujer, en la generación más joven de los EE.UU. el 16% de aquéllas con experiencia limitada y el 43% de las que tenían una experiencia más extensa habían tenido contacto oral-pene en alguna oportunidad.

Aun cuando Bronson (1919) sugirió que la existencia de una pequeña colonización en la boca de la pareja con gonococos podría en algunos casos ser imputada a la existencia de una infección gonocócica. (ver Cwan 1969) el contacto oral-genital como posible factor significativo en la epidemiología de la gonorrea es una consideración más reciente. Bro-Jorgensen y Jensen prestaron una especial atención (1971) a este particular obteniendo cultivos positivos en la garganta en un 6% de hombres y 9% de mujeres danesas con gonorrea en Copenhague. En Suecia Hallgren (1971) encontró que 50 de 200 pacientes con gonorrea genital admitieron contacto oro-genital en la última visita. 30 eran hombres y 20 mujeres y uno de cada sexo tenía cultivos positivos. En los EE.UU. Pariser (1972) encontró que 138 (24%) de 586 pacientes con gonorrea admitieron fellatio en la última visita y se les encontró gonococos en la boca en un 22%. Sin lugar a dudas el chancro sifilítico, cuando se encuentra hoy día es el resultado por lo general de la sexualidad oral, mientras que en la antigüedad se culpaba, quizás injustamente, a los besos.

7.3 Incidencia de estas prácticas entre los contactos femeninos con gonorrea en Londres

Como tanto la sexualidad rectal como la oral tienen implicaciones considerables en la epidemiología y el diagnóstico y tratamiento de la gonorrea, así como su frecuencia en la mujer pueden variar geográfica y culturalmente, se consideró importante investigar este particular entre los pacientes femeninos expuestos a la gonorrea en Londres.

7.3.1 Introducción

En la actualidad se está llevando a cabo una encuesta sobre los hábitos sexuales durante los tres meses previos al contacto gonorreico femenino, entre los pacientes que asisten a la Clínica St. Praed del Hospital St. Mary en Londres, así como también se ha hecho un análisis preliminar interino de 105 mujeres predominantemente blancas (Cornthwaite *et la* 1971).

Los resultados generales se muestran en el Cuadro VIII. La sexualidad rectal fue admitida por un 18,1% y la sexualidad oral por un 41,0%.

CUADRO VIII *Sexualidad no Genital (195 pacientes)*

<i>Tipo de actividad</i>	<i>No</i>	<i>Sí</i>	<i>Promedio sí</i>
Sexualidad oral	62	43	41.0
Sexualidad rectal	86	19	18.1

La sexualidad rectal fue ensayada con anterioridad por un número de mujeres que dieron una respuesta negativa, habiéndola abandonado por desagradarles y una de ellas porque sufrió ruptura del ano. Para aquellas que practicaron la sexualidad rectal ésta constituía generalmente un acto preliminar a la sexualidad genital (o rectal) y la eyaculación oral no constituía la regla en solamente dos de 15 mujeres específicamente interrogadas.

7.4.2 Relación con la edad

Se observó una tendencia aparente en la práctica de la sexualidad oral siendo más frecuente entre las mayores de 19 años que entre las muchachas más jóvenes (Cuadro IX).

CUADRO IX

Actividad en relación con la edad

<i>Edad en años</i>	<i>Total</i>	<i>Sexual. oral</i>		<i>Sexual. rectal</i>	
		<i>Nº</i>	<i>%</i>	<i>Nº</i>	<i>%</i>
15 - 19	24	8	33.3	4	16.7
Más de 19	81	35	43.2	15	18.5
TOTALES	105	43	41.0	19	18.1

7.3.3 Relación con la duración de la experiencia sexual

Sin embargo esta diferencia no se evidenció cuando se consideró la antigüedad de la relación sexual un poco más tarde en la vida. La incidencia de la sexualidad oral fue idéntica para las que tenían más o menos cinco años de experiencia sexual aun cuando la sexualidad rectal presentó tendencia más elevada en las mujeres con mayor experiencia (Cuadro X).

CUADRO X

Actividad en relación a la antigüedad de la experiencia sexual

<i>Años de experiencia sexual</i>	<i>Total</i>	<i>Sexual. oral</i>		<i>Sexual. rectal</i>	
		<i>Nº</i>	<i>%</i>	<i>Nº</i>	<i>%</i>
0 - 5	57	23	40.4	9	15.8
Más de 5	47	19	40.4	10	21.3
TOTAL	104*	42	40.4	19	18.1

No hubo récord en un caso.

7.3.4 Relación con la variedad en la experiencia sexual

Si la relación de las actividades con la antigüedad de la experiencia sexual no estuvo muy definida en cambio la variación en la experiencia sexual fue más notable, encontrándose una incidencia mayor de ambas prácticas entre las que tuvieron más de un compañero durante los tres últimos meses (Cuadro XI).

CUADRO XI

Actividad en relación con el número de compañeros

<i>Compañeros en tres meses</i>	<i>Total</i>	<i>Sexual. oral</i>		<i>Sexual. rectal</i>	
		<i>Nº</i>	<i>%</i>	<i>Nº</i>	<i>%</i>
Uno	58	21	36.2	8	13.8
Más de uno	47	22	46.8	11	33.4
TOTAL	105	43	41.0	19	18.1

Dentro de las limitaciones que presenta un grupo pequeño esto se reflejó aún más en lo que respecta a la sexualidad oral cuando la situación del contacto femenino (procedencia, conocida o secundaria) se consideró como fuente de contactos por definición teniendo experiencias sexuales múltiples más recientes que con los contactos secundarios, aun cuando esto no era aplicable a la sexualidad rectal (Cuadro XII).

CUADRO XII

Tipo de actividad en relación con la naturaleza del contacto

<i>Naturaleza del contacto</i>	<i>Total</i>	<i>Sexual. oral</i>		<i>Sexual. rectal</i>	
		<i>Nº</i>	<i>%</i>	<i>Nº</i>	<i>%</i>
Procedencia	15	9	60.0	2	13.3
Desconocida	20	7	35.0	4	20.0
Secundaria	70	27	38.6	13	18.6
TOTALES	105	43	41.0	19	18.1

La relación con compañeros múltiples se refleja también en la mayor probabilidad de enfermedad sexual transmitida en aquellas que practican ambas actividades (Cuadro XIII).

CUADRO XIII

Actividad en relación con enfermedad venérea previa

<i>E.V. Previa</i>	<i>Total</i>	<i>Sexual. oral</i>		<i>Sexual. rectal</i>	
		<i>Nº</i>	<i>%</i>	<i>Nº</i>	<i>%</i>
Sí	28	15	53.6	6	21.4
No	77	28	36.4	13	16.9
TOTAL	105	43	41.0	19	18.1

7.3.5 Relación con el estado marital

Aun cuando el número de mujeres que vivían con sus esposos así como las que estaban divorciadas o separadas era pequeño, era aparente que las primeras practicaban la sexualidad oral con mayor frecuencia mientras que las del otro grupo la sexualidad rectal (Cuadro XIV).

CUADRO XIV

Actividad en relación con el estado marital

<i>Estado</i>	<i>Total</i>	<i>Sexual. oral</i>		<i>Sexual. rectal</i>	
		<i>Nº</i>	<i>%</i>	<i>Nº</i>	<i>%</i>
Solteras	80	31	38.8	13	16.3
Casadas	12	7	58.3	1	8.3
Divorciadas o separadas	13	5	38.5	5	38.5
TOTAL	105	43	41.0	19	18.1

7.3.6 Relación con el uso de anticonceptivos

No hubo ninguna indicación sobre si la sexualidad oral o rectal eran practicadas con fines anticonceptivos. Sin embargo probablemente

te por su mayor sofisticación sexual y como experiencia, se registró un descenso hacia el grupo que usaba anticonceptivos (Cuadro XV), v. g., aquellas que no usaban anticonceptivos era más probable que tuvieran menos experiencia sexual en todos los aspectos.

CUADRO XV

Actividad en relación con el uso de anticonceptivos

<i>Uso de anticonceptivos</i>	<i>Total</i>	<i>Sexual. oral</i>		<i>Sexual. rectal</i>	
		<i>Nº</i>	<i>%</i>	<i>Nº</i>	<i>%</i>
No	30	6	20.0	4	13.3
Sí	75	37	49.3	15	20.0
TOTAL	105	43	41.0	19	18.1

7.3.7 Relación de las prácticas entre sí

Se registró una inter-relación considerable entre las dos prácticas. Aquellas que practicaban la sexualidad oral tenían dos veces más probabilidades de practicar la sexualidad rectal que las que no lo hacían y las que practicaban la sexualidad rectal tenían uno-y-tres-cuartos de probabilidad de practicar la sexualidad oral que las que no la practicaban (Cuadro XVI).

CUADRO XVI

Práctica de las dos actividades

<i>Actividad admitida</i>	<i>Total</i>	<i>Nº</i>	<i>Rectal</i>	
				<i>%</i>
Oral	43	12		27.9
No oral	62	7		11.3
	<i>Total</i>	<i>Nº</i>		<i>%</i>
Rectal	19	12	<i>Oral</i>	63.2
No rectal	86	31		36.0

8. Otros aspectos de la conducta

Un ejemplo fuera de lo común sobre cómo la conducta humana puede influenciar las manifestaciones clínicas de la sífilis es el caso de Baí (1973) en el cual se presentaron chancros en las heridas de una operación de vasectomía practicada como parte de un programa de esterilización en Hyderabad, La India.

9. Resumen y Conclusiones

1. El aumento de la incidencia de la enfermedad venérea durante los últimos años, particularmente de la gonorrea, es notable. Entre las muchas causas la movilización de la población ha facilitado el incremento de la promiscuidad. La evidencia en pro y en contra de la incriminación de los anticonceptivos orales en este proceso está presente.
2. Los patrones de conducta se encuentran involucrados en las manifestaciones clínicas actuales, tanto de la sífilis como de la gonorrea, siendo los chancros anales cosa corriente en el hombre y las infecciones orales por gonorrea presentándose con mayor frecuencia en ambos sexos.
3. Los resultados de una encuesta en Inglaterra han demostrado que del 45,9% de infecciones por sífilis primaria y secundaria pueden haber sido adquiridas por la homosexualidad como lo fueron el 9,8% de aproximadamente 40 veces las infecciones gonocócicas. Los homosexuales con enfermedades venéreas mostraron una tendencia a concentrarse en cinco clínicas del West End de Londres donde las cifras respectivas fueron de 73,3 y 27,6%.
4. Entre los contactos gonorreicos femeninos en Londres se encontró que el 18,1% habían consentido en relación sexual rectal y el 41,0% en contacto oro-penil durante los últimos tres meses. Ambas actividades demostraron una relación con la variación de la experiencia sexual. Si una actividad era practicada lo más probable era que la otra también se practicara. Ninguna de las dos fue practicada por motivos anticonceptivos.

MALIGNIDAD: UN CONCEPTO BIOLÓGICO

Dr. A. BERNARD ACKERMAN

Solamente hasta hace poco tiempo se pensaba que para distinguir, sin lugar a equivocaciones, las lesiones benignas de las lesiones malignas era necesario ceñirse a los criterios histológicos tradicionales. Las lesiones benignas están formadas por un núcleo que se asemeja a las células del tejido de origen, mientras que los núcleos malignos son grandes, hipercromáticos y pleomórficos con nucleolos grandes y una tasa núcleo-citoplásmica que se incrementa. En las lesiones benignas la mitosis son normales en número y apariencia mientras que en las lesiones malignas las mitosis se hallan incrementadas y presentan cifras mitóticas atípicas. En relación con la organización de las células del tumor y su estroma, los tumores benignos se asemejan al tejido de origen y están por lo general bien diferenciadas, mientras que las lesiones malignas varían entre bien diferenciadas y las indiferenciadas. Las células benignas se hallan estrechamente unidas mientras que las células malignas tienden a perder la cohesión celular. En las lesiones benignas la polaridad es mantenida mientras que en las lesiones malignas la polaridad se pierde. Las lesiones benignas crecen por extensión, las malignas por invasión e infiltración. Por lo general no hay necrosis en las lesiones benignas mientras que en las malignas sí se presenta necrosis con frecuencia. En cuanto a lo que se refiere a las diferencias biológicas entre las lesiones malignas y las benignas, las benignas tienen un crecimiento lento mientras que las malignas su crecimiento es rápido. Los tumores benignos llegan a un punto de estancamiento o regresivo mientras que las lesiones malignas progresan hasta una terminación fatal; las lesiones benignas no dan metástasis mientras que las malignas sí lo hacen con frecuencia.

Estos conceptos histológicos sobre la benignidad y malignidad son útiles porque pueden ser aplicados en la mayoría de los casos, o sea, que se correlacionan con el comportamiento biológico del tumor. Sin embargo, existen excepciones a estas reglas, ocasiones en las que' los

parámetros histológicos no se correlacionan con el comportamiento biológico. Las lesiones de la piel que son histológicamente atípicas y las cuales se consideró inicialmente que tenían un comportamiento biológico maligno pero que sin embargo se comportaron benignamente, comprenden que el queratoacantom (Rook y WUhinster, Archivos Belgas de Dermatología, 1950), melanoma juvenil benigno (Spitz, Revista Americana de Patología, 1948), fibroxantoma atípico (Helwig, Revista Médica del Estado de Tejas, 1963), angioplasia papular (Wilson-Dones y Mark, Archivos de Dermatología, 1966), quiste epidermoide proliferante (Wilson-Jones, Archivo Dermatología, 1966) y papulosis linfomatoide (MacCaulay, Archivos de Dermatología, 1968). Las lesiones que histológicamente tienen una apariencia "benigna" pero que sin embargo se comportan en una forma "maligna" biológicamente son "epiteloid sarcoma" (Enzinger, "Cáncer" 1970), y la variante de célula pequeña del melanoma maligno.

En cuanto a las enfermedades como la papulosis linfomatoide, la decisión sobre si la condición es benigna debe ser tentativa. Mientras no se controlen las lesiones de papulosis linfomatoide durante años, clínicamente no se puede afirmar si esta condición es un pseudo linfoma o un linfoma auténtico.

De esta constelación de enfermedades se puede sacar la conclusión de que probablemente exista una disociación entre la apariencia histológica y la conducta biológica y que no es siempre posible predecir el comportamiento biológico de los tumores basados en su apariencia histológica.

Antes de predecir el comportamiento biológico de secciones histológicas deben tenerse criterios morfológicos exactos. Se debe describir lo que se observa. Existen dos palabras que con frecuencia producen confusión en la evaluación de la benignidad o malignidad y a disminuir la posibilidad de una interpretación histológica acertada. Una de éstas es la palabra "invasión" y la otra "actividad de unión". Examinémoslas críticamente.

¿En qué punto un carcinoma de células escamosas *in situ* se convierten en carcinoma de células escamosas "invasivo"? Algunos dirán que esto ocurre cuando el tumor "se abre paso a través de la membrana basal PAS positiva". Sin embargo, se puede encontrar material PAS positivo alrededor de agregados de células de carcinoma

escamoso profundamente en la dermis. De hecho el material PAS positivo es producido por los queratinocitos tanto en la capa basal de la epidermis normal como en los queratinocitos atípicos del carcinoma de células escamosas.

Entonces tenemos que la membrana basal PAS positivo no es un lindero fijo, una vara de medir reproducible para juzgar la invasión. ¿Es un queratoacantoma menos "invasor" que un carcinoma de células escamosas? ¿Qué significa la palabra "invasión"? 1) Invasión es un juicio subjetivo; no existe un patrón histológico absoluto que determine la invasión; 2) el término invasión es un juicio retrospectivo. Primero uno hace un diagnóstico y luego lo llama "invasor" o no. Por ejemplo, si el diagnóstico es carcinoma de células escamosas y se piensa que es biológicamente maligno uno llama la lesión invasora. Ahora, si el diagnóstico es queratoacantoma y se piensa que se resolverá espontáneamente entonces la lesión no se considera como invasora; 3) el término invasor es un concepto dinámico y uno no puede interpretar movimiento dentro de una situación estática, o sea, una sección histológica fija en formalina entre una lámina y laminilla.

El término "actividad de unión" está consagrado desde la época en que se consideraba que el melanoma se originaba de un "nevus de unión en actividad", la palabra "actividad de unión" no es un término histológico, al igual que "invasor" no se trata de la cualidad estática de una situación.

Los melanocitos son morfológicamente típicos o atípicos.

Resumiendo, no se puede hacer un diagnóstico cierto siempre, lo cual constituye una de las limitaciones del método histológico. No es completamente reproducible. La última prueba es la del comportamiento biológico. En un caso individual puede que nunca se sepa que la lesión melanocítica fue correctamente decidida como un nevus o como un melanoma. Si un melanoma se extirpa completamente entonces no se puede estar realmente seguro de que no se trataba de un nevus. Si a un nevus se le llama melanoma maligno simplemente no hay forma de probar que se trataba sin lugar a dudas de un nevus ya que éste nunca dará metástasis. En resumen "la actividad de unión" es una barrera que impide el compromiso de un diagnóstico como melanoma maligno o como nevus.

Inclusive el concepto de metástasis, en una época el "sine qua non" para determinar la malignidad, no constituye una fórmula infalible para distinguir una lesión maligna de una benigna. Los nevus y los nevus azules han sido reportados en los ganglios linfáticos. Existen solamente tres posibilidades sobre la forma como hayan llegado allí: 1) metástasis; 2) "de novo"; 3) migración atraída de la cresta neural. Como la presencia de células névicas en los ganglios linfáticos con frecuencia es consecuencia de una escisión quirúrgica de un nevus, la posibilidad de metástasis es la más probable. Lesiones de melanoma maligno que dan metástasis han sido reportadas cuando el tumor primario se ha resuelto espontáneamente y también han habido reportes sobre regresión espontánea tanto de lesiones primarias como de lesiones metastásicas de melanoma maligno. Aún más, el carcinoma metastásico no siempre es fatal, v. g., carcinoma papilar de la tiroides en el cual el paciente con enfermedad metastásica puede continuar viviendo durante un período normal de tiempo. En conclusión, los tumores "benignos" pueden dar "metástasis", los tumores "malignos" pueden sufrir una regresión completa, la enfermedad metastásica puede no matar, sin embargo la metástasis continúa siendo el único y mejor indicador de un comportamiento maligno.

De lo expuesto anteriormente resulta cada vez más evidente que los términos benignos o malignos constituyen simplificaciones extremas. Un excelente ejemplo es el carcinoma de células basales en el cual se presentan tumores diferentes con aspecto similar. En cambio del pseudo carcinoma de células basales proveniente de un dermatofibroma, el carcinoma de células basales asociado con el nevus sebáceo, el carcinoma de células basales asociado con el síndrome basocelular nevoide, los carcinomas de células basales localmente destructivos y aquellos carcinomas de células basales que dan metástasis, tienen una apariencia histológica similar pero sin embargo diferentes comportamientos biológicos. ¿Es el carcinoma de células basales benigno o maligno? No siempre se puede predecir el comportamiento biológico del carcinoma de células basales, de una sección teñida con hematoxilina y eosina. Aún cuando se parecen se comportan de forma diferente. El carcinoma de células basales puede convertirse tanto en maligno como en benigno. Clasificar cualquier

tumor como benigno o maligno, como el carcinoma de células basales sería simplificar en extremo la cuestión.

Los tumores no existen *in vitro*. Existen otros factores que afectan el comportamiento de los tumores, además de las propiedades inherentes del tumor. Un factor importante es la capacidad inmunológica del sujeto que tiene el tumor. Debajo de todos los tumores intradérmicos, como el carcinoma basocelular superficial, queratosis solar, carcinoma de células escamosas *in situ* y el lentigo maligno, existe un infiltrado linfohistiocítico predominante en la dermis papilar. Cuando los tumores se extienden dentro de la dermis reticular, como es el caso del melanoma maligno primario, el infiltrado tiende a desaparecer. El carcinoma metastásico de la piel es la quintaesencia como ejemplo del papel defensivo del huésped, como puede evidenciarse por la presencia de linfocitos en la dermis. Existe un infiltrado inflamatorio relativamente esparcido alrededor de los tumores metastásicos de la piel.

En resumen, los criterios microscópicos tradicionales sobre la benignidad y malignidad no son aplicables en todos los casos. No siempre se puede predecir el comportamiento biológico partiendo de la apariencia histológica. Antes de tratar de predecir un comportamiento biológico debe primero formarse un juicio morfológico preciso, sin caer en la sobreinterpretación. La idea es la reproductibilidad. La interpretación histológica debe ser monitorizada constantemente por medio de la observación clínica, del comportamiento durante un largo período de tiempo. La benignidad y la malignidad son fundamentalmente conceptos biológicos más bien que morfológicos.

PATRONES HISTOLOGICOS EN LA SIFILIS SECUNDARIA

Dr. A. BERNARD ACKERMAN

Se ha observado una gran variación en el aspecto histológico entre los especímenes de biopsias de 27 casos de sífilis secundaria comprobados. Es indispensable familiarizarse con estas variaciones para un diagnóstico apropiado de la sífilis secundaria.

Quizás, como reflejo de una incidencia creciente de la sífilis, se ha recibido un gran número de especímenes de sífilis secundaria para biopsias en nuestro laboratorio de patología durante los dos últimos años. Los diagnósticos clínicos que acompañaron estos especímenes fueron psoriasis, pitiriasis rosada, liquen plano, erupción por drogas, enfermedad de Mucha-Habermann, reticulohistiocitoma, y micosis fungoide, como también sífilis secundaria. Las variaciones histológicas de la sífilis secundaria resultaron ser tan proteiformes como los diagnósticos clínicos. Como esta enfermedad de franca generalización sin lugar a dudas será con mayor frecuencia sometida a biopsia, vale la pena analizar las múltiples facetas de la sífilis secundaria.

MATERIAL Y METODOS

Esta serie está compuesta por 27 pacientes con sífilis secundaria, oscilando entre los 4 y 61 años de edad. Los especímenes para biopsia se obtuvieron entre 1969 y 1971 de las clínicas y salas del Departamento de Dermatología de la Escuela de Medicina de la Universidad de Miami, y siete especímenes fueron enviados de los consultorios privados de practicantes de dermatología. Los informes sobre estos 27 pacientes se dan en el Cuadro. Todos los especímenes histológicos fueron fijados en una solución de formol al 4% (10% formol neutral), seccionados a 5 micras y procesados en la forma rutinaria. Todos fueron teñidos con hematoxilina-eosina y con plata (Warthin-Starry).

RESULTADOS

Se obtuvieron los siguientes patrones histológicos de los 27 especímenes: 1) dermatitis superficial perivasculare (seis especímenes)

con hiperplasia epidérmica de dos tipos: (a) recordando al liquen plano y (b) psoriasiforme; 2) dermatitis perivascular superficial y profunda (14 especímenes) : (a) sin hiperplasia epidérmica y (b) con hiperplasia epidérmica, esta última comprendida en tres tipos: (1) recordando al liquen plano, (2) psoriasiforme, y (3) pustular espongiiforme; densa dermatitis difusa (siete especímenes) en los cuales (a) predominio de células plasmáticas, (b) predominio de histiocitos (granulomatoso), este último dividido en dos clases: (1) tubérculos epitelioides y (2) fibrosis asociada.

Dermatitis perivascular superficial. Infiltración de linfocitos, histiocitos y células plasmáticas rodeando a los vasos capilares dilatados en el plexo superficial. Las células endoteliales estaban dilatadas y aumentadas en número.

Además de su ubicación perivascular también se encontraron células inflamatorias a lo largo del plano dermo-epidérmico que la oscurecía. La hiperplasia epidérmica era de dos tipos: 1) irregular, similar al liquen plano y 2) psoriasiforme, con preservación del patrón red-papilar.

Dermatitis perivascular superficial y profunda. Sin hiperplasia epidérmica: Un infiltrado moderadamente denso de linfocitos, histiocitos y células plasmáticas formaban un cerco alrededor de los vasos sanguíneos dilatados del plexo superficial y profundo. Las células endoteliales de los dos plexos estaban dilatadas y aumentadas en su número. Con el objetivo de poca magnitud este patrón histológico se asemejaba al eritema giratum perstans. En algunos especímenes un infiltrado celular denso llenaba por completo la dermis superficial y oscurecía el plano dermo-epidérmico.

Con hiperplasia epidérmica: Recordando al liquen plano, había hiperqueratosis e hiperplasia epidérmica. Un infiltrado linfocitocítico denso con células plasmáticas estaba presente no sólo alrededor de los vasos del plexo superficial y profundo sino también en forma de banda en toda la dermis papilar. El infiltrado oscurecía el plano epidérmico, en la que también había alteración vacuolar.

Psoriasiforme: Había paraqueratosis por encima de la hiperplasia epidérmica psoriasiforme. La dermis papilar estaba engrosada por el edema, y algunas veces por la fibrosis. Un infiltrado linfocitocítico con células plasmáticas circundaban los vasos sanguíneos de

los plexos superficial y profundo y con frecuencia oscurecía el plano dermoepidérmico, donde también había asociada una alteración vacuolar.

Pustular espongiiforme: La superficie del espécimen estaba cubierta por células paraqueratóticas y material eosinófilo homogéneo conteniendo numerosos neutrófilos. Debajo de esta costra escamosa, envolviendo la capa granular y la parte superior de la capa espinosa había una pústula espongiiforme. La epidermis, hiperplásica presentó tinción pálida, conteniendo numerosos queratinocitos neeróticos, neutrófilos escasos y eosinófilos ocasionales. En la dermis papilar edematosa y engrosada habían neutrófilos, linfocitos, histiocitos y células plasmáticas. Las células mononucleares estaban presentes alrededor de los vasos sanguíneos de ambos plexos.

Dermatitis densa difusa. Dominio de células plasmáticas. Un infiltrado celular difuso y denso, con linfocitos e histiocitos, llenaba por completo la dermis. Una delgada zona de colágeno separaba el infiltrado celular difuso y denso de la dermis usualmente adelgazada. En el infiltrado habían vasos sanguíneos prominentes y dilatados con células endoteliales gordas y paredes gruesas.

Dominio histiocitario (granulomatoso). Tubérculos epitelioides. Agregados celulares grandes, bien definidos se hallaban presentes a todos los niveles de la dermis. Estos consistían principalmente de histiocitos, muchos de los cuales epitelioides, pero incluían células gigantes, células plasmáticas y linfocitos. Eritrocitos extravasados estaban presentes en la parte superior de la dermis. La epidermis usualmente delgada mostraba alteración vacuolar de la capa basal celular, y oscurecimiento del plano dermoepidérmico por el infiltrado inflamatorio. En algunas ocasiones el infiltrado se extendía dentro de la grasa subcutánea.

Fibrosis: Un infiltrado moderadamente denso y difuso de histiocitos se hallaba disperso entre los nódulos fibróticos de colágeno, en toda la dermis. Un infiltrado de células plasmáticas predominante circundaba los vasos sanguíneos a todos los niveles de la dermis. Bajo observación de poca potencia este patrón se asemejaba bastante a un histiocitoma.

Se obtuvieron dos especímenes de condiloma lata. En lesiones tempranas un infiltrado compuesto de linfocitos, histiocitos y células

plasmáticas se hallaba presente alrededor de los vasos sanguíneos muy dilatados de los plexos superficial y profundo. También había edema marcado de la dermis papilar. El epitelio superpuesto contenía edema intracelular e intercelular y muchos neutrófilos. En lesiones tardías el epitelio estaba ausente y la hiperplasia epitelial se hallaba presente en los bordes de la úlcera. Un infiltrado denso, plasmocelular primario se evidenció en toda la parte superior de la dermis. Los vasos sanguíneos se hallaban marcadamente incrementados en número y envueltos por células endoteliales gruesas. Se obtuvo un espécimen de alopecia sifilítica "apolillada" del cuero cabelludo. Un infiltrado moderado de linfocitos, histiocitos y células plasmáticas estaban presente alrededor de los vasos sanguíneos a todos los niveles de la dermis y alrededor de las unidades pilares. Muchos de los folículos capilares se hallaban en la fase catágena o telógena del ciclo del cabello. Los nódulos de colágeno estaban escleróticos focalmente. En algunas secciones el infiltrado se extendía dentro de la grasa subcutánea.

COMENTARIOS

Los hallazgos histológicos de nuestros 27 casos de sífilis secundaria han sido tabulados en la forma siguiente:

Vasos sanguíneos muy dilatados, 26
Células endoteliales agrandadas, 26
Hiperplasia epidérmica, 23
Infiltrado que oscurece la unión dermo-epidérmica, 23
Células plasmáticas presentes, 23
Melanofagos en la dermis superficial, 22
Edema o engrosamiento de la dermis papilar, 21
Paraqueratosis focal, 18
Eritrocitos extravasados, 17
Queratinocitos necróticos, 15
Neutrófilos en la dermis, 12
Costra escamosa, 11
Neutrófilos diseminados en la epidermis, 10
Pústula espongiiforme, 7
Infiltrado superficial solamente, 5
Eosinófilos, 5
Epidermis delgada, 4
Neutrófilos en los ductos ecrinos, 3
Ulceración, 1

Los cambios histológicos más comunes fueron aquellos que afectaban los vasos sanguíneos (dilatación, engrosamiento, y un gran número de células endoteliales agrandadas), la presencia de un infiltrado perivascular superficial y profundo, conteniendo células plasmáticas, oscurecimiento de la capa dermo-epidérmica por el infiltrado inflamatorio, e hiperplasia epidérmica asociada.

Se encontraron excepciones a los conceptos histológicos usuales sobre la sífilis secundaria en cuatro especímenes, no se encontraron células plasmáticas; en cinco especímenes el infiltrado era solamente superficial y un aspecto curioso de tres especímenes fue la presencia de neutrófilos en la porción dérmica de los ductos ecrinos de la transpiración.

El valor de la tinción de plata puede apreciarse en el Cuadro N° 1, el cual indica que en cinco de los 27 casos la tinción de plata en tejido fijado era positivo cuando el examen al campo oscuro resultó negativo. Las espiroquetas fueron detectadas con más frecuencia en la epidermis y en menor grado alrededor de los vasos sanguíneos del plexo superficial. El valor de la tinción de plata en ninguna forma resta importancia al examen al campo oscuro como la prueba principal de diagnóstico de la sífilis primaria y secundaria. Sin embargo, en vista de que el patólogo puede dedicar más tiempo al examen de un espécimen fijo de lo que corrientemente puede una persona que esté realizando el examen al campo oscuro, la tinción de plata debe practicarse como rutina en todos los especímenes en los que se sospeche sífilis. El significado de la confirmación de sífilis quizás no haya sido suficientemente enfatizado.

Se han descrito formas raras de sífilis secundaria que no se observaron entre los 27 casos. La lues maligna se caracteriza por obstrucción de los vasos sanguíneos con la resultante necrosis de la parte superior de la dermis y de la epidermis. La sífilis papulopustular folicular consiste en abscesos en la funda triquilemal y tubérculos del epiteloides perifolioxares.

En el material histológico nuestro la sífilis secundaria se asemejó al eritema giratum perstans, el liquen plano, parapsoriasis liquenoide y acuta varioliforme, eritema (multiforme) exudativum, psoriasis, psoriasis pustular, histiocitoma y sarcoidosis. Únicamente a tra-

vés del conocimiento de las diferentes expresiones histológicas de la sífilis secundaria se puede sospechar que ésta existe. Es preferible reconsiderar el diagnóstico histológico de sífilis secundaria que pasarlo por alto.

Biopsy Specimens of Secondary Syphilis (1969 - 1971)

<i>Age, Sex</i>	<i>Approximate Duration of Eruption (Weks)</i>	<i>Dark-Field</i>	<i>Silver Stain</i>	<i>VDRL Test</i>
4, F	2	-	+	1:64
6, F	2	+	+	1:128
16, F	4	+	+	1:32
1,7 F	3	+	+	1:64
20, M	2	+	+	1:128
25, M	4	-	-	1:32
28, F	2	-	+	1:64
28, F	4	...	-	1:32
28, F	12	...	-	1:32
30, M	4	-	-	1:64
30, F	3	-	-	1:32
30, F	4	...	-	1:16
32, F	4	-	-	1:16
32, F	4	-	-	1:64
32, M	8	-	-	1:16
32, F	8	...	-	1:32
32, M	4	...	-	1:16
35, F	8	+	-*	1:16
36, F	8	-	-	1:16
36, F	20	...	-	1:32
38, M	8	...	-	1:32
38, F	12	-	-	1:16
40, F	4	-	+	1:16
40, M	20	-	+	1:64
45, F	6	-	-	1:64
50, M	6	-	+	1:32
61, F	8	-	-	1:32

* Biopsy specimen taken two days after initiation of penicillin therapy.