

APORTES DE LA INMUNOFLUORESCENCIA EN DERMATOLOGIA

Marian Ulrich, Ph. D. ()*

A principios del año 1972, poco después del inicio de las actividades de asistencia médica, docentes e investigación en el Instituto Nacional de Dermatología (hoy Instituto de Biomedicina), anotamos los resultados de los primeros ensayos de inmunofluorescencia directa en biopsias de piel. Esta tecnología pasó a formar parte de la rutina del laboratorio, olvidada por largos períodos de ese aspecto tan fundamental como lo es la revisión constante de la literatura y la utilización de nuevas estrategias. Hace un año, las Dras. María Esther Chirinos, Susana Mandel y Margarita Oliver presentaron un excelente trabajo especial de investigación sobre el tema, para optar al título de Especialistas en Dermatología. Este trabajo, que incluye una bibliografía excepcionalmente valiosa, actualizada y bien analizada de 161 referencias de la literatura mundial, nos condujo a nuevas reflexiones sobre esta herramienta poderosa del laboratorio, evidentemente sub-utilizada en el Instituto por varios motivos. El auge de la inmunología en todos los campos de la medicina también nos ha llevado al planteamiento

de esta tecnología no solamente a los residentes en Dermatología, sino a los estudiantes de pregrado en el curso de Inmunología y en su micro-pasantía por Dermatología.

Todas estas experiencias han demostrado la importancia de establecer una relación muy estrecha entre los aspectos clínicos, histopatológicos e inmunológicos y la evaluación de los alcances de la inmunofluorescencia (IF), tanto en la docencia como en la clínica, y han permitido plantear nuevas metas para el futuro.

Históricamente, la demostración de una banda de IF granular en la unión dermo-epidérmica de lesiones cutáneas de lupus eritematoso (LE) por Burnham y col. en 1963, marcó el inicio de la aplicación de la inmunofluorescencia directa en estudios dermatopatológicos. Hoy en día las muestras de las lesiones y la piel sana de pacientes con LE en sus manifestaciones localizadas, subagudas y sistémicas representan una alta proporción de las muestras vistas en nuestro laboratorio, pero quizás no representan las más importantes, debido a la amplia variedad de criterios clínicos, histopatológicos y serológicos disponibles para el estudio de esta patología.

(*) Sección de Inmunología II
Instituto de Biomedicina

Las enfermedades ampollares de naturaleza autoinmune, como el pénfigo vulgar, no demuestran una alta frecuencia en las consultas dermatológicas, pero en oportunidades son potencialmente mortales; la terapia apropiada requiere un diagnóstico preciso, basado en criterios clínicos, histopatológicos e inmunológicos. La IF intercelular en la epidermis, con el aspecto "panal de abeja", confirma de una manera inequívoca el diagnóstico de pénfigo y es positivo esencialmente en todos los casos; igualmente la presencia de IgA de distribución granular en la unión dermo-epidérmica, sobre todo en los ápices de las papilas dérmicas, confirma el diagnóstico de **dermatitis herpetiforme**. Existen otros ejemplos, como el pénfigoide ampollar (PA) y la epidermolisis ampollar adquirida (EAA), en los cuales la similitud en la presentación clínica y la histopatología es tan elevada que la IF representa una herramienta extremadamente poderosa, si no indispensable para establecer el diagnóstico diferencial. La separación de piel al nivel de la lámina lúcida mediante incubación de la biopsia de piel perilesional en una solución salina 1 M permite desplazar la epidermis ligeramente; en un 80% de los casos de PA, los autoanticuerpos IgG están presentes en el techo o lado epidérmico de la muestra, correspondiente a la localización de los antígenos asociados con el complejo de hemidesmosomas y la membrana de los queratinocitos. En cambio, los antígenos asociados con la EAA están localizados en la lámina y la sub-lámina densa y los anticuerpos son visualizados en el piso de la piel perilesional. La inquietud y el ingenio

científico han llegado a demostrar que los antígenos de EAA son filogenéticamente más recientes y presentes únicamente en la piel de los mamíferos; los antígenos de PA se encuentran en la piel de anfibios y otras especies más "primitivas", ofreciendo la posibilidad del uso de nuevos sustratos para estos estudios.

Estos breves comentarios sugieren algunas de las líneas de trabajo que ameritan atención. Muchos de los hallazgos descritos arriba también son demostrables con el suero del paciente y un sustrato apropiado, en los casos en los cuales el paciente desarrolle niveles significativos de anticuerpos circulantes. Los estudios de IF deberían incluir el uso de preparaciones de piel clivada en la unión dermo-epidérmica de las patologías señaladas arriba y el uso de reactivos contra componentes amplificadores de la reacción inmunológica, p.e. el complemento (C3, complejo de ataque a la membrana).

Al hacer estas reflexiones, siempre queda la inquietud de la relación costo-beneficio, más accentuada en una población de escasos recursos como es en proporción elevada los pacientes del Servicio de Dermatología del Hospital Vargas. Sin ánimo de evadir responsabilidades, pienso que son los clínicos y sobre todo los dermatólogos con sus conocimientos, los más idóneos para tomar decisiones que en un futuro debemos seguir. Les invitamos a abrir un diálogo franco, así como establecer y mantener una colaboración siempre más estrecha.