

CONFERENCIA MARTÍN VEGAS

Esta Conferencia ha sido instituida por proposición de la Junta Directiva y aprobación de la Asamblea Extraordinaria del 25 de marzo de 1972 con el objeto, por una parte, de hacer justo y permanente homenaje al Dr. Martín Vegas, fundador de la Sociedad Venezolana de Dermatología y, por otra parte, promover el desarrollo científico de la Dermatología y ciencias afines, destacando el progreso logrado en los últimos tiempos a través de voceros autorizados.

CONFERENCISTAS "MARTÍN VEGAS"

- | | | | |
|------|--|------|--|
| 1972 | Dr. Eugene M. Farber
Psoriasis y Artritis | 1976 | Dr. Luis M. Carbonell
Desarrollo del Investigador en Venezuela. |
| 1973 | Dr. Harvey Blank
Herpes Virus from Vesicles to Cáncer | 1977 | Dr. Darrell Sheldon Wikinson
Marcadores cutáneos de malignidad. |
| 1974 | Dr. Juan Di Prisco
Protoporfiria Eritropoyética | 1978 | Dr. Roberto Champion
Urticaria |
| 1975 | Dr. Jacinto Convit
Modelos comparativos de algunas enfermedades crónicas granulomatosas por parásitos intracelulares. | 1979 | Dr. Francisco Kerdel Vegas
El arte de la Dermatología. |
| | | 1980 | Dr. Mauricio Gohman Yahr
La Rueda de Timón, los bastoncillos rosados y los glotonos. |
| | | 1981 | Dr. Eduardo Estrada
La piel y tres puntos de vista. |
| | | 1982 | Dr. Jorge Abulafia
La Dermatología en el despertar. |
| | | 1983 | Dr. Imelda Campo-Aasen
Resultados de Tópicos de investigación aplicada a nuestro medio. |
| | | 1984 | Dr. Tulio Briceño Maaz
Manifestaciones Cutáneas de enfermedades malignas internas. |

INFLAMACIÓN GRANULOMATOSA

Dr. Osear Reyes Flores

Enfermedades granulomatosas pueden definirse como aquellos estados morbosos caracterizados por una estructura histológica de granuloma.

Clínicamente están habitualmente representadas por placas y nódulos sintomáticos que, ulcerándose o no, dejan frecuentemente cicatriz al curar.

Virchow introdujo el término "granuloma" en 1864, para señalar una reacción inflamatoria focal, de variada etiología, con una misma configuración anatómica.

La inflamación granulomatosa contiene básicamente histiocitos y puede definirse como una colección localizada de células del sistema fagocítico mononuclear con o sin otros tipos de células inflamatorias.

Un granuloma es una respuesta celular a la presencia de un agente vivo (inmunógeno o antígeno), que puede ser una bacteria, un hongo, un protozoo, un huevo de helminto o una sustancia inerte como un metal, una suspensión aceitosa, un material plástico, material de sutura y berilio.

En el desarrollo de estas respuestas intervienen el siste-

ma mononuclear fagocítico, fundamentalmente el mono-cito tisular o macrófago, proveniente del monocito circulante, cuyas células que lo preceden son el pro-monocito y la célula blástica precursora o célula troncal de la médula ósea.

El macrófago puede activarse y evolucionar hacia la célula epiteloide y/o hacia células gigantes de tipo Langhans o cuerpo extraño. Células linfoides acompañan casi constantemente al macrófago.

El estudio de los componentes inmunológicos en la inflamación granulomatosa permite concluir que se trata de un mecanismo de inmunidad celular o sensibilidad retardada, mediada por linfocitos timo-dependientes (linfocitos.T).

El antígeno es procesado por el macrófago, el cual puede adherirlo a su superficie e ingerirlo, es reconocido por el Linfocito T sensibilizado, el cual se blastomiza formando células capaces de reconocer al antígeno e informar a otras células y órganos linfoides, los cuales participan también del mecanismo proliferativo, produciendo sustancias biológicamente activas (interleukina II, linfoquinas), que

van a contribuir a la formación del granuloma, como son el factor de la activación macrofágica, el factor de inhibición de la migración macrofágica, el factor blastogénico y el factor quimioactivo.

Es así como se moviliza el sistema mononuclear fagocítico, cuando puede procesar y reconocer un antígeno para inducir la formación de granuloma y verificar la fagocitosis y lisis del antígeno, cuando se trata de agentes vivos, como una bacteria o un protozoario, que una vez ingerido por el macrófago, en el fagosoma se fusiona con el lisosoma, cuyas enzimas, por liberación de oxígeno y halogeneización, provoca la muerte del agente vivo.

Pacientes que dispongan del mecanismo inmune anteriormente descrito limitan los procesos infecciosos y/o parasitarios, y tendrán un buen pronóstico; por el contrario, pacientes con un mecanismo inmune deficiente o que no dispongan de él, desarrollarán enfermedades progresivas y extensivas a piel y otros órganos, proporcionando un pobre pronóstico.

CLASIFICACIÓN

Es difícil clasificar las enfermedades granulomatosas. Las características inmuno-patológicas y morfológicas de estas afecciones conllevan lesiones de difícil interpretación y ubicación.

Hacemos un intento de clasificación, basado en aspectos inmunológicos, histopatológicos y etiológicos.

A. GRANULOMAS INFECCIOSOS

1. Inmunocompetentes:
Tuberculosis (TBC), Lepra tuberculoide (LT), Micobacteriosis atípica. Sífilis terciaria.
2. De inmunidad variable:
Lepra Borderline (LB), Tularemia, Enfermedad por arañazo de gato, Linfogranuloma venéreo, Rinoes-cleroma.
3. Inmunodeficientes:
Lepra lepromatosa (LL).

B. GRANULOMA POR HONGOS

1. Inmunocompetentes:
Cromomicosis, Rhinosporidiosis, Esporotricosis, Granuloma tricofítico.
2. De inmunidad variable:
Candidiasis, Blastomicosis norteamericana, Coccidioidomicosis, Histoplasmosis, Paracoccidioidomicosis localizada, Blastomicosis queloidiana, Criptococosis, Actinomicosis, Micetoma.
3. Inmunodeficientes:
Paracoccidioidomicosis sistémica.

C. GRANULOMA POR PARÁSITOS

1. Inmunocompetentes:
Leishmaniasis cutáneo-mucosa americana. Botón de Oriente, Bilharziosis cutánea.
2. Inmunodeficientes:
Leishmaniasis anérgica.

¿COMO SE FORMA UN GRANULOMA?

Para tratar de simplificar la explicación de cómo se forman los granulomas, tomaremos como ejemplo la Lepra.

En este caso, el antígeno es el *Micobacterium leprae*, descubierto por G.H.A. Hansen, en 1873. Para conocer este antígeno bacteriano debemos recordar las características siguientes:

- Bacilo ácido-alcohol resistente.
- 1 - 8 me. de longitud por 0,25 me. de diámetro.
- Lados paralelos, extremos redondeados.
- Organización en grupos o globi.
- No cultivables.
- Inoculables a la pata del ratón y al mono.
- Inoculación II al paciente LL no desencadena ninguna reacción local.
- Oxida la 3-dihidroxi-fenil-alanina (DOPA).
- Tratado con piridina pierde la AAR.

Microscopía Electrónica:

- Perfil de membrana, simétrico.
- Componentes de la membrana con distribución molecular diferente. (Residuos de polisacáridos).
- Lípidos.
- Polifosfátidos (No observados en bacilos degenerados).

Composición Química:

La pared de las micobacterias contiene cerca del 50 por ciento de lípidos de alto peso molecular, ácido micólico, con estructura química (cromatografía) característica para cada micobacteria.

En *M. leprae*, el contenido péptico (Alanina) de la pared, es total y específicamente reemplazado por glicina.

Lípidos.

Glicolípidos (Trisacárido con actividad antigénica) serológicamente activo (ELISA).

Tiocerol dinitrosoresato (sin carbohidrato).

Las fuentes infectantes de la Lepra o la proveniencia del bacilo de Hansen son las siguientes:

- Hombre enfermo: LL - BL - BB - BT - LI - LT, en orden decreciente de potencial contagiante.
- Armadillo (*Dasypus novemcinctus*). Louisiana, 1974.
- Cercopithecus Atys, Nigeria, 1975.
- Chimpancé, Sierra Leona, 1977.

Estos animales han sido encontrados espontáneamente infectados.

Cuando una persona enferma bacilífera, especialmente LL y BL se pone en contacto con una persona sana, hay posibilidad de que la bacteria de la persona enferma pase a la persona sana y ésta, de acuerdo a la respuesta inmune que desarrolle ante el antígeno bacteriano, modela el curso de la enfermedad. Si la persona contagiada posee un sistema inmune competente el macrófago reconoce el antígeno, informa al sistema linfático, entran en acción las inter-leuquinas y las linfoquinas y el proceso culmina en el desarrollo de una colección de células del sistema monocítico, que son capaces de ingerir y Usar las bacterias. Son colecciones celulares lisadoras de bacterias. (Granuloma tuber-

culoide). La expresión clínica de este proceso es la presencia de una o pocas lesiones, habitualmente placas de límites bien definidos, con un pronóstico favorable. (Lepra tuberculoide, L.T.). Si la persona contagiada no dispone de un sistema inmune competente, las bacterias se multiplican, no hay células lisadoras, las células se degeneran en células espumosas, albergan gran cantidad de gérmenes (Granuloma lepromatoso) que invaden otras células, extendiéndose la infección a diversos órganos, evidentemente con un mal pronóstico (Lepra lepromatosa, L.L.).

El macrófago produce una serie de sustancias activas que intervienen en la mecánica de la actividad celular: Fosfatasa acida, Aril sulfatasa, B-Glucoronidasa, Catepsina, Colagenasa, Elastasa, Hialuronidasa, Lipasa, Lisosirra, Factor de angiogénesis. Factor inhibidor celular. Factor estimulador celular. Activante de componentes del complemento. Pirógeno endógeno, Interferón, Activadores del plasminógeno, otros.

El macrófago, cuando se activa, aumenta de tamaño.

hay un incremento de sus enzimas lisosomales, aumenta la utilización de la glucosa y los aminoácidos, aumenta la respiración celular y los organelos intracitoplasmáticos.

La célula epiteliolde, llamados por algunos macrófagos activados, tiene un diámetro de 10 a 20 micras, un núcleo ovalado con cromatina fina pulverulenta y un citoplasma amplio eosinofílico. El macrófago activado tiene buen potencial fagocítico, pero a medida que se transforma y se diferencia hacia células epitelioides tiene un escaso o nulo potencial fagocítico.

De la diferente o variable intensidad con que se producen estos cambios biológicos y morfológicos celulares, podemos considerar los siguientes tipos de granulomas:

- Granuloma epiteliolde;
- Granuloma histiocítico;
- Granuloma intermediario (Borderline);
- Granuloma a cuerpos extraños;
- Granuloma en empalizada; y
- Granuloma inflamatorio mixto.

PSICOSOMÁTICA EN DERMATOLOGÍA

Dr. Ornar Villagómez Paniagua

Consideraciones Generales - Historia

Desde la más remota antigüedad el hombre lleno de temores a fuerzas poderosas de otros animales a hechos y accidentes naturales, así como a creencias mágicas infranqueables, vivió en angustia constante, en proporción inversa a su valoración personal. Por ello se vio obligado a reunirse en grupos tribales para mejor defensa. El dolor físico y espiritual era combatido de la manera más rudimentaria. Fueron distinguiéndose personas que por sus dotes de conocimiento humano prestaban apoyo al sufrido hombre primitivo en reemplazo del que la madre le prestaba cuando niño. La medicina primitiva fue practicada, con el lamido, toques hasta el uso de hierbas, e invocaciones espirituales para obtener la mejoría del enfermo.

Grecia con sus eminencias en filosofía y medicina nos presenta a Platón que poseído de gran sabiduría y poder de observación sostenía la necesidad de no separar el cuerpo del espíritu, censurando la existencia de médicos para el cuerpo y otros para el espíritu, porque para él, "el hombre sería un todo integral e indivisible". Aristóteles, según su obra "De Anima" afirmaba que "todas las afecciones del alma se asociaban a las del cuerpo, así el miedo, coraje, el gozo, el amor, el odio, cuando surgen, nunca dejan de actuar sobre el cuerpo".

Sócrates aseguraba "no poderse aliviar los síntomas corpóreos, sin antes curar la mente".

A Hipócrates se lo considera el pionero de la Medicina Psicosomática, pues en toda su obra sostiene que el médico debe poseer completo conocimiento del hombre, no sólo en su constitución física como de la psíquica, y aún más, del medio en que vive, de la alimentación y organización social. Sostenía, "para conocer el cuerpo humano se debe tener conocimiento de la totalidad de las cosas"⁽¹²⁾ "Si no se sabe lo que es el hombre — afirmaba Hipócrates— la medicina no puede ser comprendida"⁽¹⁰⁾

Galeno decía al mismo tiempo que proporcionamos a nuestro cuerpo una buena condición por los alimentos, por las bebidas y por todo cuanto realizamos cotidianamente, trabajamos también para la buena disposición del alma".

Luego otros pensadores Pitágoras y también los árabes y judíos como Avicenna, Isaac, Judeus, Rajes, insistiendo todos ellos en la importancia que existe entre las relaciones del cuerpo y el espíritu, tanto en el hombre sano como en el enfermo.⁽¹²⁾

El padre de la Medicina Psicosomática fue el gran médico francés Pierre Jean Georges Cabanis que en 1843 publicó su libro "Relaciones de lo Físico y de lo Moral" denominándola "Antropopea" a esta nueva ciencia.

En esta obra el autor recuerda la antigua "doctrina frederis" basada en la alianza del alma con el cuerpo.