

I Taller Latinoamericano de Dermatopatología

Los Drs. Roy García y Francisco Bravo dieron la bienvenida a este Taller Latinoamericano, en el que participaron un grupo de prestigiosos especialistas, con gran experiencia en los temas tratados.

Palabras de Bienvenida

El 18 de Setiembre de 1996 se dio inicio, con el **I Taller Latinoamericano de Dermatopatología**, a tres días de intensa actividad científica, en el marco de las II Jornadas Interandinas de Dermatología.

Esta reunión, auspiciada por la Sociedad Latinoamericana de Dermatopatología, contó con la participación de invitados especiales como los Drs. Jorge Sánchez (Puerto Rico), actual presidente de la SOLADEPA, Omar Sanguenza (EE. UU.), Jorge Arrese (Bélgica), quienes, conjuntamente con especialistas nacionales e internacionales, trataron temas de importante actualidad.

En el acto inaugural de este Taller correspondió inicialmente al Dr. Roy García, dermatólogo cusqueño y miembro del comité ejecutivo, dirigir las palabras de bienvenida, expresando en ellas el esfuerzo efectuado por los organizadores y colaboradores orientados a conseguir los nobles objetivos planteados para este certamen, que por primera vez se realizó en el Cusco con esta dimensión.

En su momento, el Dr. Francisco Bravo, Delegado peruano de la Sociedad Latinoamericana de Dermatopatología (SOLADEPA), precisó que los objetivos de esta Institución están centrados en impulsar el desarrollo de la Dermatopatología desde el punto de vista Latinoamericano, tratando de establecer las pautas para un desarrollo de la Dermatopatología y en general de la Dermatología en nuestra región.

Casos Clínico-patológicos.

El Programa Científico diseñado por los organizadores contempló la realización de dos sesiones, una matutina en la que fueron presentados casos clínico patológicos previamente seleccionados a nivel nacional, y una sesión vespertina en la que se incluyeron temas desarrollados por invitados internacionales.

En la mañana coordinaron las actividades los Drs. Roy García y Francisco Bravo.

"Nevus Melanocíticos y despigmentarios".

Dr. Raúl Hurtado (Arequipa)

Los Nevos Melanocíticos son lesiones planas algo elevadas, papilomatosas (pigmentadas), cupuliformes, pediculadas (no siempre pigmentadas). Son colecciones de células névicas presentes en la epidermis (zona de unión), dermis (intradérmicos) o en ambas áreas (compuestos) en lesiones pigmentadas de la piel.

Se dividen en: Léntigos Simples, Nevos Intradérmicos y Nevos Compuestos.

Se habló de las características clínicas y Anatomopatológicas de cada uno de ellos. Asimismo, se comentó sobre otros nevos derivados melanocíticos dérmicos como son el Nevo de Ota, Nevo de Ota, Nevo Azul y Nevo azul celular.

Dentro de las variantes especiales fueron mencionados el Nevo de Células redondas, Nevo en halo, Nevo de Spitz, Nevo melanocítico congénito y el Nevo Displásico Atípico.

Se enfocó la importancia del Nevo de Spitz o Melanoma benigno juvenil, también conocido como Nevo de células epiteloides o de células fusiformes; que se pensaba inicialmente eran lesiones predominantes en niños y que ahora se sabe que más de la mitad se presentan en mayores de 14 años y casi la cuarta parte en mayores de 30 años.

En otro momento de la exposición se observaron aspectos generales sobre los Nevos Melanocíticos, determinándose que la relación histogenética con melanoma cutáneo es evidente.

Del 18 al 85% de los Melanomas tienen antecedentes de lesiones pigmentarias previas.

La quinta parte de los Melanomas cutáneos, excluyendo el Léntigo Maligno, se origina en displasias melanocíticas intraepidérmicas. Aparecen después de los primeros 6 a 12 meses de vida.

Aumentan con el crecimiento corporal y remiten lentamente con la edad.

El 95% de los Nevos mide menos de 1 cm.

El 63% de los Melanomas malignos es mayor de 1 cm.

La piel oscura es menos propensa a tener Finalmente fue presentado un estudio de investigación realizado en la ciudad de Arequipa, sobre la incidencia de lesiones pigmentarias en los pobladores de esta zona.

Se trabajó con 500 mestizos, en los que se encontraron lesiones desde los 3 meses de edad hasta los 99 años, observándose que el mayor porcentaje de alteraciones del pigmento se presentaba en el grupo etáreo de la tercera década (30%) y la menor tasa porcentual en el grupo de la novena década (1%).

Se hallaron lesiones pigmentarias en uñas en un 2% tanto en el sexo masculino como en el femenino.

Compromiso conjuntival en el 0,1% de los pacientes estudiados 6% en las palmas y 10% en las plantas.

"Estudio Clínico e Histopatológico de Lesiones Vasculares de Lengua en niños".

Dra. Miluska Soto Mercado (Cusco)

Se presentó una revisión retrospectiva de un total de 5,217 biopsias, de las cuales 12 eran de lengua, 8 de ellas correspondían a lesiones vasculares: 4 casos de Linfangiomas Superficiales y Profundos, 1 caso de Linfangioma superficial y 3 casos de Granulomas Piógenos.

La edad de presentación osciló entre los 3 y 14 años, siendo el sexo predominante el masculino.

La ubicación de las lesiones fundamentalmente era el dorso lingual y el tamaño osciló entre los 0,8 cms hasta comprometer el 70% del tejido lingual en el caso de un linfangioma superficial y profundo.

Los Linfangiomas son tumores de vasos linfáticos, considerados como anomalías del desarrollo en el que se presenta un secuestro de vasos linfáticos. Son poco frecuentes en adultos y se presentan más en niños.

Se clasifican en Linfangiomas Superficiales si están afectados los linfáticos existentes en el corion superficial.

Linfangiomas Profundos si existe compromiso de los linfáticos correspondientes al músculo estriado de la lengua.

Desde el punto de vista histopatológico, los Superficiales muestran una epidermis atrófica, elevada por vasos linfáticos ectásicos, con endotelio aplanado, fundamentalmente ubicado en el corion superficial. El contenido del Taller Latinoamericano de Dermatopatología estos vasos es linfa y escasos eritrocitos.

Los Linfangiomas Profundos muestran una dilatación irregular de los vasos linfáticos que infiltran el músculo estriado. La pared de los vasos presenta un componente fibromuscular. El contenido de los vasos está dado por linfocitos y escasos eritrocitos.

En el caso de los Granulomas Pírogénicos denotan histológicamente masas lobuladas de capilares neoformados con abundante infiltrado inflamatorio.

"Técnica de frotis modificada Vigo-Acurío para el diagnóstico de Leishmaniasis "

Dr. Marco Antonio Córdova Rosell (Cusco)

La Leishmaniasis es una enfermedad endémica en nuestro país, cuya tasa de morbilidad se ha incrementado de 10,53 a 40,2 casos por 100,000 habitantes.

El diagnóstico de rutina se realiza a través del frotis y la intradermoreacción de Montenegro.

Se planteó la cuestión de cómo mejorar la técnica de frotis para el diagnóstico de Leishmaniasis .

Se efectuó un estudio multicéntrico en los Hospitales Regional y Antonio Lorena del Cusco Perú, y el Hospital San Miguel de Tucumán del Dpto. de Chagas en Jujuy (Argentina).

El objetivo planteado fue mejorar el diagnóstico oportuno de Leishmaniasis a un menor costo, con alta sensibilidad y de corto tiempo.

Se compararon tres técnicas de frotis utilizadas en los Hospitales motivo del estudio, siendo el tamaño muestral 122 pacientes para cada técnica.

Se trabajó con 444 pacientes con Leishmaniasis: 182 del Hospital Regional del Cusco, 140 del Hospital Antonio Lorena del Cusco y 122 pacientes del Hospital de Tucumán y Jujuy (Argentina).

Fueron mostradas las variantes y diferencias entre las técnicas utilizadas para frotis en los Hospitales del Ministerio de Salud (Antonio Lorena), las usadas en Argentina, y la técnica modificada de Vigo, aplicada en el Hospital Regional.

Así por ejemplo, en la parte correspondiente a fijación de la muestra, la técnica modificada, la realiza al medio ambiente durante 30 min. Las otras dos usan para la fijación Metanol, durante 30 segundos a 1 minuto.

La solución de trabajo utilizada en la técnica modificada está conformada por solución Giemsa de trabajo, que significa Giemsa concentrada en 2 volúmenes y Metanol 1 volumen. Las otras utilizan solución coloración Giemsa más agua destilada en proporción 1 /1 y en otros casos 1 /10.

Otra variante que presenta la modificación de Vigo está en la fijación coloración, que implica el uso, en primer lugar, de 8 a 10 gotas de solución de trabajo Giemsa en lámina. Se fija durante 40 segundos y se agrega 2 mlts. de agua, se homogeniza y se deja en reposo durante 25 minutos, después de los cuales se hace el lavado a chorro con agua.

En las técnicas en comparación la coloración se efectúa cubriendo la lámina con solución de coloración durante 30 mins, después de lo cual se efectúa el lavado a chorro con agua.

Los resultados observados mostraron que la Técnica modificada de Vigo tiene entre 5 y 8 veces más probabilidades de encontrar leishmanias que las otras comparadas.

Finalmente se concluye que la técnica modificada de Vigo asegura una visualización rápida, clara y precisa del parásito como diagnóstico oportuno y de bajo costo en los casos de Leishmaniasis.

"Histología del Peeling Químico Profundo"

Dr. Daniel de Rossi (Lima)

El Peeling Químico profundo o Dermabrasión química se basa en la eliminación de las primeras capas de la piel (Epidermis, Dermis papilar y dermis reticular). La mayoría de estudios que existen respecto al peeling químico profundo se han realizado utilizando fórmulas con Fenol como la de Baker Gordon o saponificada. Sin embargo, el trabajo presentado está basado en la experiencia personal del expositor con el uso de la Solución de Litton o no saponificada, que si bien ofrece un mayor efecto tóxico que el Fenol, los resultados clínicos son mucho más apreciables.

La aplicación de Fenol produce un daño químico controlado. La profundidad de la penetración dentro de la Dermis es comprobada y es de 0,3 a 0,6 mm.

Los cambios clínicos e histológicos dependen directamente de los cambios producidos por la remoción del material elastósico de la piel envejecida y la reconstrucción de esta capa con un nuevo colágeno y fibras elásticas normales. A mayor destrucción, mayor penetración, mejores resultados y por lo tanto mayor rejuvenecimiento.

Los contrastes existentes entre pieles post peeling y no peeling son marcados, aparecen a los pocos meses y permanecen hasta 20 años después. El proceso de envejecimiento continúa, pero no en las zonas tratadas. Los cambios histológicos producidos por el peeling con Fenol pueden ser predecidos con exactitud y reproducibles.

Los cambios histológicos a nivel de epidermis y dermis en su morfología son los responsables de la respuesta clínica al peeling con Fenol.

"Queratodermia asociada a Carcinoma Gástrico"

Dr. Carlos Galarza (Lima)

Se presentó un interesante caso clínico, tomado de la amplia casuística existente en el Hospital 2 de Mayo de Lima.

En él se mostraron aspectos importantes sobre clínica e histopatología, así como una amplia revisión bibliográfica sobre Dermatitis Paraneoplásicas, consideradas como marcadores cutáneos de malignidad interna, cuando: a)-La dermatitis es sumamente rara. b)-Si se presenta con una neoplasia interna específica. c)-Si las dos condiciones son frecuentemente observadas juntas. y d)-Si el curso clínico es paralelo.

Fueron enumeradas y definidas una serie de entidades que nos deben hacer sospechar de neoplasias, como son: la Queratosis seborréica (Signo de Leser-Trelat), Acantosis Nigricans Maligna, Queratodermia de palmas y plantas (Tylosis), Eritrodermia exfoliativa, etc.

"Linfoma cutáneo de Células T de Presentación Atípica"

Dr. Ennio Barrón

Médico Residente (Lima)

Último caso clínico que permitió revisar aspectos sobre diagnóstico e histopatología de este tipo de entidades de infrecuente presentación.

En horario de la tarde, se llevó a cabo la Sesión Oficial de la Sociedad Latinoamericana de Dermatopatología, que fue presidida por el Dr. Jorge Sánchez (Puerto Rico), actual presidente de la misma, teniendo como coordinador al Dr. Francisco Bravo (Perú).

"Amebiasis de vida libre en el Perú"

Dr. Francisco Bravo (Lima).

Las infecciones por Amebas de vida libre tienen características clínicas que las unifican:

-Con frecuencia son fatales

-El Diagnóstico generalmente es hecho postmortem

-El compromiso cutáneo es raro en las infecciones más frecuentes causadas por Naegleria y Acanthamoeba

-Existen dos cuadros clínicos neurológicos:

a)-Meningo encefalitis amebiana rápidamente progresiva, generalmente producida por Naegleria, b)-Meningo encefalitis amebiana granulomatosa, subaguda de curso crónico, generalmente causado por Acanthamoeba y Balamuthia.

Se revisaron las características de las infecciones por Balamuthia mandrillaris. Se explicó la evolución de los términos parasitológicos que se utilizaron para denominar a la ameba en mención que se iniciaron en el año 1990 y que finalmente concluyeron con la reclasificación de una variedad de ameba llamada Leptornyxidia bajo una nueva nomenclatura Balamuthia mandrillaris, que fue aislada por primera vez de un mandril gestante.

Se inició el desarrollo del trabajo realizado con 12 pacientes con compromiso cutáneo cuyas edades fluctuaban entre los 5 y 63 años con un promedio de 28 años. Epidemiológicamente los pacientes provenían de diferentes zonas del Perú básicamente de Piura, Ica y zonas del "norte chico".

La lesión primaria generalmente era una placa eritemato parduzca, y la distribución variable: 11 tuvieron la lesión en región de cabeza y cuello, 10 pacientes compromiso de pirámide nasal, y 2 tuvieron lesiones por fuera de la cabeza y cuello.

Histológicamente el compromiso cutáneo se presentaba en la dermis reticular en la mayoría de los casos. El tipo de infiltrado generalmente era granulomatoso, con células gigantes presentes.

Los elementos celulares del infiltrado se caracterizaron por presentar linfocitos en todos los casos, histiocitos en la gran mayoría, eosinófilos y células plasmáticas en gran porcentaje de los casos y algunos tenían neutrófilos y polvo nuclear. En dos casos se presentó vasculitis y en un caso elastofagocitosis.

La forma en que se llegó al diagnóstico estuvo basada inicialmente en el cuadro clínico, la progresión neurológica y luego la distinción de las amebas: Coloración H.E se observaron Trofozoitos y Quistes; y la confirmación de que eran Balamuthias se efectuó por técnicas de Inmunofluorescencia, que fue positiva en 8 casos.

La evolución clínica de los pacientes implica progresión del cuadro neurológico, hacen compromiso focal, estupor, coma, finalmente la muerte por abscesos cerebrales.

El diagnóstico diferencial se debe hacer con Leishmaniasis, Blastomycosis sudamericana, Linfomas centro faciales, Tuberculosis, Carcinomas basocelulares y epidermoides, Granulomatosis de Wegener, Sarcoidosis y Esporotricosis.

"Lupus Eritematoso Sistémico ampollar"

Dr. César Pérez del Arca (Lima)

Fue presentado un caso clínico interesante de una paciente de sexo femenino de tres meses de enfermedad con fiebre de origen desconocido, compromiso general, con erupción eritemato papulosa en pliegue del brazo derecho que luego se hace vesículo ampollar diseminándose en pliegues y cara interna de extremidades, siendo inicialmente el diagnóstico de eritema multiforme ampollar, determinándose

su hospitalización y tratamiento con dosis altas de corticoides. La iconografía incluida permitió una amplia visualización de las lesiones dermatológicas.

Clínicamente se sospechó de Dermatitis Herpetiforme vs. Penfigoide buloso juvenil, que luego de los estudios histopatológicos I

que demostraron una dermatitis ampollar subepidermal se orientó el Diagnóstico hacia un Lupus Eritematoso sistémico ampollar, corroborándose el mismo con estudios bioquímicos e inmunofluorescencia.

Se remarcó lo poco frecuente de estos casos y la importancia del manejo de una serie de criterios clínicos para el diagnóstico de una erupción ampollar subepidermal, que conjuntamente con la microscopía inmunoelectrónica definen al LES ampollar.

"Histopatología de las Micosis Profundas "

Dra. María Susana Romano (Tucumán, Argentina)

Fue presentado un estudio de las micosis profundas más frecuentes en la región del Noroeste Argentino.

Se remarcó lo importante del hallazgo del hongo en el diagnóstico histopatológico, así como la reacción estromal, que constituye la arquitectura donde el hongo colonizará. De acuerdo a ello planteó una clasificación didáctica de reacciones a predominio granulomatoso crónico y a predominio supurativo crónico. Dentro de las primeras, encontramos a los MICETOMAS, tumores duros leñosos que tienden a fistulizar y a producir «el grano»;

Los Micetos se dividen en dos grupos: Los actinomicóticos, que a la vez pueden ser Anaerobios y Aerobios, y los Maduromicóticos u hongos verdaderos.

En el grupo de los Actinomicóticos endógenos (Anaerobios), se encuentra el Actinomicosis israelí que ataca al hombre y presenta tres formas clínicas: cérvico-facial, pulmonar y abdominal.

La cérvico facial se caracteriza por presentar tumoración de induración pétreo leñosa que afecta fundamentalmente el maxilar inferior y superior; lesiones supurativas con fistulación central, de donde sale el grano, en medio de un material purulento. Histopatológicamente, se observa el hongo inmerso en un magma supurativo constituido por Polinucleares neutrófilos. El hongo presenta una orla periférica constituida por elementos filamentosos basofílicos denominado «clava» patognomónico de la actinomicosis.

Dentro de los Micetomas Aerobios tenemos a la Nocardia, caracterizada por lesiones tumorales fistulizantes, se observan los granos. Histopatológicamente es similar a la actinomicosis, ya que se trata de un proceso supurativo, con la diferencia de que es un hongo más pequeño, distinguible con H.E. y que se caracteriza por no presentar «clavas».

En cuanto a las Maduromicosis u hongos verdaderos, son hongos que producen infiltrado y deformación del tejido celular subcutáneo e incluso del hueso. Son hongos pequeños inmersos dentro de un infiltrado inflamatorio.

En el grupo de los Granulomatosos crónicos, destacas la Esporotricosis, caracterizada por lesiones nodulares, que evolucionan a una linfagítis típica. Puede haber variantes clínicas como por ejemplo aquellas que se hacen crónicas y persistentes en un lugar, puede ser que no se disemina en forma linfagítica, sino que se manifiesta como una lesión exulcerativa, localizada, que evoluciona a lesión verrucosa, semejante a la TBC verrucosa. Histológicamente existe hiperplasia pseudoepite-liomatosa, infiltrado granulomatoso conformado por células gigantes, células epitelioides y coronas linfoplasmocitarias. Es difícil el hallazgo del hongo, pero cuando es visualizado es característica en su conformación como «corpúsculo asteroide».

En el caso de la Blastomicosis sudamericana, se caracteriza por que la vía de ingreso es inhalatoria, por lo cual da lesiones pulmonares, que luego de su diseminación compromete la cavidad oral Histopatológicamente existe Hiperplasia pseudoepiteliomatosa, infiltrado granulomatoso, células gigantes, dentro de las cuales visualizamos al hongo, que se dispone en «rueda de timón», lo cual es muy útil para el diagnóstico.

Las Cromomicosis producida por hongos saprofitos, que se encuentran generalmente en las maderas en putrefacción, comprometen generalmente los miembros.

Son lesiones en placa, que pueden evolucionar a formaciones verrucosas o pueden dar lesiones nodulares que evolucionan a formas cicatrizales.

Histopatológicamente existe hiperplasia pseudoepiteliomatosa infiltrado granulomatoso, donde encontramos al hongo como elementos redondeados encapsulados, de color pardo-marrón, que muchas veces se encuentran inmersos en un microabsceso de polinucleares neutrófilos.

Finalmente se habló de la Histoplasmosis, producida por hongos que se encuentran en los gallineros y palomares, caracterizado por ser de pequeño tamaño encapsulado de fácil observación.

"Histopatología de la Dermatitis de Altura"

Dr. Pastor Sangúeza (Bolivia).

Las dermatosis de altura corresponden a un grupo de enfermedades inflamatorias de la piel relacionadas con la radiación ultravioleta, que son observadas con relativa frecuencia en las zonas de altitud. Se ha observado una serie de lesiones clínicas con características histopatológicas muy particulares.

La acción de los rayos ultravioletas sobre la piel producen Dermatitis de altura, Colagenopatías (fundamentalmente LES) y cánceres cutáneos.

Existen fundamentalmente tres tipos de lesiones que caracterizan a las lesiones de altura o por rayos ultravioletas: Eczematoide, Lupoide y Lepromatoide. Existe además una forma intermedia entre Lupoide y Lepromatoide que es la liquenoide.

Factores coadyuvantes como son la intensidad de acción, tiempo de exposición, cantidad de luz absorbida, tipo de piel, etc., que contribuyen a la presencia de lesiones inflamatorias de la piel.

Los rayos ultravioleta inhiben las mitosis tanto en dermis como epidermis, inactivan las enzimas, inducen a mutaciones y finalmente producen muerte celular.

La acción carcinogénica de los rayos ultravioleta está orientada a la formación de dímeros, errores de transcripción, cáncer, activación de linfocitos e inhibición de la inmunidad celular.

Histopatológicamente las lesiones muestran una queratosis ortoqueratótica, espongiosis marcada y un denso infiltrado linfocitario monocitario en dermis reticular y una dermis papilar con vasos dilatados y discreto infiltrado. Se observa también atrofia epidérmica con engrosamiento de la membrana basal y un infiltrado que sigue el trayecto de los vasos sanguíneos. La iconografía mostrada en cuanto a la clínica e histopatología permitió observar las características de la dermatosis de altura.

"La Biopsia de Superficie en Dermatología"

Dr. Jorge Arrese (Bélgica)

Existen aproximadamente 924 afecciones cutáneas, de las cuales un 15% es de lesiones que se presentan diariamente en la consulta dermatológica, de éstas, el 60% presenta modificaciones de la capa córnea. Estas modificaciones pueden ser tan específicas para establecer un diagnóstico preciso con el estudio de la capa córnea, o simplemente pueden ser modificaciones muy generales que nos permiten también orientar el diagnóstico hacia un grupo de afecciones.

La capa córnea se define como una superficie irregular cruzada por una serie de surcos.

El estudio clásico de la piel y más específicamente de la capa córnea se realizan con la técnica de biopsia convencional, que nos permite obtener una imagen vertical de la piel. Otra técnica moderna que nos permite una observación de la capa córnea es la microscopía electrónica de barrido, que nos permite igualmente evaluar las diferentes partes de la capa córnea.

Se revisó una nueva técnica puesta en funcionamiento en el servicio de dermatología de la Universidad de Lieja, para la toma de muestra de la capa córnea llamada biopsia de superficie, que consiste en la recolección de tres a cinco capas de la capa córnea en forma regular que nos permite reconocer que la capa córnea está compuesta por una serie de surcos cruzados: los más importantes llamadas líneas primarias, los menos importantes líneas secundarias e incluso líneas terciarias; y al espacio comprendido dentro de líneas primarias se le denomina «plato», cuyo estudio nos permitirá determinar algunas afecciones de la capa córnea.

El material que se utiliza está dado por láminas de polietileno sobre la cual se aplica un pegamento llamado cianoacrilato líquido, que al ponerse en contacto con la piel por presión permite tomar una muestra de capa córnea. Esta técnica es llamada Biopsia de superficie con cianoacrilato. Se mencionó también la existencia de otras técnicas de biopsia de superficie.

La coloración más utilizada es una solución azul de toluidina y fucsina básica en etanol al 30% (Coloración PMS).

Existen aplicaciones y limitaciones de la biopsia de superficie.

Dentro de las indicaciones más importantes están:

- Infecciones superficiales
- Parasitosis superficiales
- Dermatosis eritemato
- escamosas
- Dermatosis espongióticas
- Dermatosis paraqueratóticas
- Tumores

Las limitaciones más importantes incluyen la restricción de su uso en zonas de excesivo pelo y en la región de palmas de manos y plantas de pies.

Además del uso de la biopsia de superficie como un medio diagnóstico, ha sido utilizada en investigación y como un medio de cultivo de hongos en capa córnea, que nos permite confirmar la naturaleza del hongo estudiado y diagnóstico final. Así mismo se realizaron estudios farmacológicos de antifúngicos tópicos utilizando biopsia de superficie.

Finalmente se ha trabajado la acción de ciertos medicamentos antifúngicos por vía oral utilizando itraconazol ya sea 200 mg una vez al día o 200 mg dos veces al día y terbinafina a la dosis de 250 mgr una vez al día. Se evaluó por biopsia de superficie y por cultivo el grado de persistencia del producto en la capa córnea.

La biopsia de superficie es una técnica que no obstante su simpleza puede aportar información no sólo para el diagnóstico sino para la investigación farmacológica en dermatología. Debemos promover el desarrollo de esta técnica en América Latina.

"Tuberculoide Miliar Diseminado Facial"

Dr. Dante Mendoza (Lima)

El Lupus Miliaris Diseminatus Faciei es una tuberculide de la cara que afecta a niños, jóvenes y ocasionalmente a adultos. Se presenta como un síndrome eritemato papuloso ubicado en cara y más específicamente en la región centro facial y a veces con predominio peribucal, pueden existir pústulas. Si se utiliza la diafanoscopia se observará una imagen en «jalea de manzana». Evoluciona por accesos repetidos que llevan a la cronicidad.

Existe hiperergia tuberculínica y la velocidad de sedimentación se encuentra aumentada.

Desde el punto de vista histopatológico existe un patrón que es el granuloma tuberculoide, que de por sí no nos da el diagnóstico.

Este granuloma está conformado por agrupamientos de células epitelioides rodeadas por linfocitos e histiocitos y algunas células gigantes.

A continuación se presentaron casos clínicos con la iconografía correspondiente, lo cual resultó muy interesante.

Entidades como la Sarcoidosis y el Lupus vulgar deben considerarse en el diagnóstico diferencial del Lupus miliaris diseminatus, también entran en el diagnóstico diferencial el acné y las sífilides.

Al hablar sobre 1 a Tuberculoide Rosaceiforme, presentó casos clínico-patológicos donde se observan lesiones papulares eritematosas de localización centro facial, con hiperergia tuberculínica e histopatología caracterizada por presentar Granuloma tuberculoide, células epitelioides con infiltrado denso linfocitario. El diagnóstico diferencial debe hacerse con Rosacea de la variedad granulomatosa.

"Linfomas Cutáneos"

Dr. Omar Sangúeza (EE. UU.)

Es difícil y complejo hablar de los linfomas, dadas las constantes variantes en cuanto a clasificación y marcadores que crean en muchas circunstancias verdadero desconcierto. El trabajo presentado pretende revisar el material con el que cuenta mi Institución y ver si es posible correlacionar los nuevos linfomas con las nuevas clasificaciones, especialmente con la nueva Clasificación europeo-americana (REAL), desde el punto de vista diagnóstico, clínico e histopatológico.

Clásicamente los Linfomas se clasifican en Linfomas de células B, de células T y los indeterminados.

Así, nos ocuparemos en primer lugar de la nueva clasificación de los linfomas a células B, que se agrupan de la siguiente manera:

1.-Precusores de linfomas tipo B

-Linfoma linfocitoblástico

2.-Linfomas tipo B periféricos

- Leucemia linfoma crónico
- Linfoma linfoplasmocitario inmunocitoma
- Linfoma de células del manto
- Linfoma de células marginales
- Plasmocitomas
- Linfoma difuso a células grandes
- Linfoma de Burkitt

De estos linfomas la mayoría se presentan en piel.

En el caso de la Leucemia/linfoma linfocítico crónico, cuando comprometen la piel lo hacen de manera secundaria. Su determinación se realiza utilizando marcadores tipo CD20+, CD5+, CD23+ y CD48+. Histopatológicamente, existe infiltrado difuso, monomorfo.

Los Linfomas linfoplasmocitarios (Inmunocitoma) son fácilmente confundidos por su característica particular de que algunas células se pueden marcar con marcadores para células de tipo B (CD20+, CD5+), pero también existen células de tipo T dentro de su conformación.

Este tipo de células pueden ser detectadas por marcadores CD10 y marcadores Kapp/ lambda++.

Los Linfomas de células marginales, se encuentran muy relacionados con los inmunocitomas. Se presentan con mayor frecuencia en el tejido gastrointestinal. En

la piel la expresión de ellos serían los inmunocitomas. Para su determinación se utilizan Marcadores CD20+, CD5+, CD+, CD23+, CD43+.

Los Plasmocitomas son linfomas secundarios, en la mayoría de los casos comprometen la piel secundariamente; sin embargo, existen plasmocitomas de localización primaria en piel, en cuyo caso el pronóstico de la enfermedad es bastante bueno. Su determinación se hace con Marcadores IgS+, IgC+ y CD20+. Este tipo de tumoración presenta infiltrados difusos, constituidos por células plasmáticas en diferentes estadios de evolución.

Otro linfoma de células tipo B son los Linfomas de célula del manto que corresponde al área del folículo linfóide que está en la periferia, existe pues, una proliferación de estas células, que conduce a la formación de este tipo de linfomas. Pueden ser determinados por marcadores CD5+ y CD20+. Histológicamente existen centros germinativos, presentando en la parte central de la lesión proliferación de células pequeñas, uniformes. El diagnóstico se hace por las características inmunoquímicas de las lesiones.

El Linfoma centrofolicular (Folicular), de relativa frecuencia, generalmente son secundarios en piel. Histológicamente presentan agregados foliculares, a veces se determinan centros germinales con infiltrados bastante densos, las células neoplásicas son pequeñas e hiperclomáticas. Se observan algunos plasmocitos. Su determinación se realiza utilizando el marcador Bc1 - 2+.

Los Linfomas difusos de células grandes, son secundarios, generalmente son terminales y de muy mal pronóstico cuando las lesiones están en piel.

En el Linfoma de Burkitt existe compromiso o afectación de la piel secundariamente.

Los Linfomas de células T, son lesiones que afectan característicamente la piel. En este grupo tenemos la siguiente clasificación:

- Linfoma linfoblástico tipo T
- Leucemia linfocítica crónica tipo T
- Micosis fungoides/Síndrome de Sezary
- Linfoma de células T periférico
- Linfoma angioinmunoblástico
- Linfoma angiocéntrico
- Linfoma de células T del adulto
- Linfoma anaplástico

Entre ellos la Micosis Fungoides es el linfoma por excelencia que afecta la piel. Su determinación se hace por marcadores para células T como son CD2+, CD3+, CD5+, CD7+, CD4+, la mayoría de células implicadas en el infiltrado son linfocitos T ayudadores. Clínicamente existen varios estadios: de placa, tumoral, etc.: las lesiones son asalmónicas, infiltrativas. Histológicamente existen infiltrados en banda, que afectan la epidermis y que a mayor aumento se caracteriza por presentar los abscesos de Potrie, que son linfocitos T que se ubican en la epidermis, que constituyen un signo característico de la micosis fungoides.

Una variante de esta patología es el Síndrome de Sezary, en el que las lesiones histológicas son prácticamente idénticas, con la diferencia de que se presentan unas células neoplásicas (Células de Sezary), periférica en sangre.

Finalmente se analizó el resto de linfomas de células T en sus características clínicas e inmunohistopatológicas.

"Tumores Cutáneos de Estirpe Vascular"

Dr. Jorge Sánchez (Puerto Rico)

Presidente de la Sociedad Latinoamericana de Dermatopatología (SOLADEPA)

Existe dificultad para clasificar las lesiones de estirpe vascular ya que no se conoce su naturaleza. Por ejemplo, sabemos que el Sarcoma de Kaposi son lesiones cutáneas de estirpe vascular, inflamatorias; conocemos su cuadro clínico, su sintomatología, conocemos su histopatología y lo diagnosticamos fácilmente, pero aún así no hay una clasificación definitiva.

Existen varias clasificaciones de acuerdo a los diferentes criterios utilizados; la más aceptable es la siguiente:

- Sarcoma de Kaposi clásico
- Sarcoma de Kaposi endémicoafricano
- Sarcoma de Kaposi inducido iatrogénicamente
- Sarcoma de Kaposi epidémico

Se habló también de la clasificación histopatológica de este tumor en:

- Grupo mixto
- Células fusiformes
- Anaplástico

Ackerman lo clasifica clínica e histopatológicamente como sigue:

Clínica	Histopatológicamente
Macular En placa Tumor	Macular En placa Tumor

Debemos recordar que muchas de las lesiones vasculares de la Piel como las telangectasias y angioqueratomas son dilataciones y no proliferaciones, y si queremos incluirlas en una clasificación va a ser difícil.

Las lesiones por Proliferación vascular pueden clasificarse en:

- Hamartomas
- Malformaciones
- Hiperplasias
- Neoplasias:**
- Benignas
- Malignas
- Otras

Los **Hamartomas** son lesiones que resultan de un error en el desarrollo embriológico, y se caracterizan por un arreglo anormal de tejidos propios de un órgano. Las Malformaciones son estructuras anormales, que resultan de una aberración en el desarrollo embriológico. Las Hiperplasias son definidas como un incremento en el número de células de un tejido con un potencial limitado, que eventualmente regresa a lo normal.

Las Neoplasias son lesiones por incremento en el número de células de un tejido con potenciai ilimitado en la proliferación y no hay tendencia a retornar a la normalidad. Pueden ser: Benignas y Malignas.

Dentro de las Benignas debemos mencionara:

- Capilares y vénulas:
- Hemangiomas
- Venas y arterias:**
- Angiomatosis Caverosa
- Spinale del Hemangioma
- Células Glámicas:**
- Tumor Glomus
- Giomangioma
- Músculo Lifo:**
- Angoleiomioma

Dentro de las Neoplasias Malignas:

- Sarcoma de Kaposi
- Angioendotelioma papilar endovascular (Dabska's Tumor).
- Angiosarcoma de bajo grado
- Hemangioendotelioma epitelioides
- Hemangioendotelioma Retiforme
- Angiosarcoma clásico
- Angioma Sarcoma Cutáneo asociado a Linfedema
- Angioma Sarcoma Cutáneo inducido por radiación
- Angioma Sarcoma Epidelioides
- Glomangio Sarcoma

Finalmente fueron destacadas las diferencias entre el Sarcoma de Kaposi y el Angio sarcoma, ambos caracterizados por la proliferación de los vasos de pared delgada y forma bizarra que comienzan en la Dermis reticular y ambas pasan por los estadios de mácula (macular), pápula (papular) y nódulo (tumor)