

Trabajos del Concurso de Residentes

COMPARACIÓN DE LA EFICACIA Y SEGURIDAD DEL RETINALDEHIDO TÓPICO Y EL ÁCIDO RETINÓICO EN EL TRATAMIENTO DEL FOTOENVEJECIMIENTO MEDIANTE ANÁLISIS PROFILOMÉTRICO

Isabel Cristina Vásquez Y.
María Stella Mantilla C.
Ángela Zuluaga de Cadena

INTRODUCCIÓN

Los tratamientos para el fotoenvejecimiento son de dos grandes categorías: tópicos y el rejuvenecimiento quirúrgico.

Respecto a los tratamientos tópicos, los retinoides han sido los más estudiados y más comúnmente utilizados. El tratamiento efectivo con tretinoína depende de la dosis y de la duración, y se requiere un mínimo de 24 semanas para que se manifiesten los signos visibles de mejoría. En la práctica médica la dermatitis producida por estos medicamentos limita su uso a largo plazo.

El retinaldehido tópico se usa como un precursor endógeno de los retinoides, puesto que es convertido a la forma de almacenamiento y a la forma biológicamente activa de la vitamina A. Adicionalmente, estudios previos han demostrado que el retinaldehido es mejor tolerado conservando el efecto biológico de los retinoides.

El propósito de este estudio fue comparar la eficacia y tolerancia del retinaldehido tópico y el ácido retinóico en el tratamiento del fotoenvejecimiento, mediante perfil profilométrico y análisis clínico-fotográfico.

PACIENTES Y MÉTODOS

Se realizó un ensayo clínico controlado ciego, con un total de 126 pacientes escogidos en forma aleatoria para seleccionar dos grupos de tratamiento comparativos: un grupo de tratamiento y un grupo control. Se evaluaron los efectos benéficos y adversos.

Las pacientes elegidas fueron mujeres entre 35-60 años de edad, escogidas en los centros de atención de la consulta externa dermatológica con fotoenvejecimiento caracterizado por: léntigos seniles visibles, líneas de expresión paralelas a la boca y a los ojos en reposo o con el movimiento, discromía obvia y telangiectasias. Las pacientes firmaron un consentimiento informado. No podían haber utilizado retinoides tópicos para el área de la cara por más de 4 semanas durante los seis meses previos al comienzo del estudio, ni "peelings" químicos, exfoliantes o cualquier sustancia abrasiva en la cara 45 días antes de comenzar el estudio.

Se excluyeron mujeres embarazadas o lactando, pacientes de sexo masculino, en tratamiento con PUVA, con sospecha de cáncer de piel o con condiciones dermatológicas que pudieran interferir con la evaluación profilométrica o clínica del fotoenvejecimiento.

Las pacientes del grupo de tratamiento se aplicaron 0.5 g de retinaldehido al 0.05% en emulsión y las del grupo control se aplicaron la misma cantidad de ácido retinóico al 0.05% en crema en la noche, durante 24 semanas. A la mañana siguiente se aplicaron un protector solar. La valoración de los resultados se realizó mediante análisis profilométrico, clínico y fotográfico.

La profilometría óptica es un método objetivo para cuantificar las arrugas faciales, con el cual se documentan cambios en la textura pre y post tratamiento; consiste en realizar réplicas de silicona de la piel, tomada de sitios idénticos, en el área periorbitaria para su análisis digital posterior en computador.

Se realizaron réplicas de piel con silicona del área periorbitaria derecha, al comienzo del estudio, semana 0, y en la semana 24.

Isabel Cristina Vásquez Y., Instituto de Ciencias de la Salud (CES), Medellín.

María Stella Mantilla C., Instituto de Ciencias de la Salud (CES), Medellín.

Ángela Zuluaga de Cadena., Instituto de Ciencias de la Salud (CES), Medellín.

Correspondencia: Isabel Cristina Vásquez, calle 12 Sur No. 25-127, apto. 503, Medellín, Colombia.

E-mail: isabelitayassev@hotmail.com

En las semanas 4, 8, 16 y 20 se evaluaron los signos de mejoría clínica y los signos locales de intolerancia, según el criterio del investigador y la opinión subjetiva de cada paciente.

Los parámetros que se evaluaron de acuerdo con una escala de severidad fueron: arrugas, coloración, telangiectasias, textura, firmeza, eritema, descamación y sensación de prurito y ardor.

Cada paciente emitió una evaluación global de la mejoría clínica y tolerancia al tratamiento mediante una escala visual análoga al final de cada visita.

En las semanas 0 y 24 también se tomaron fotografías del rostro, que fueron analizadas por 5 observadores expertos diferentes a los que realizaron el trabajo, para determinar el grado global de mejoría de 0-100%.

RESULTADOS

De las 126 pacientes invitadas a participar en el estudio, 63 fueron asignadas de forma aleatoria en el grupo de retinaldehído y 63 en el grupo del ácido retinóico. Entre la población total de pacientes reclutadas, 7 mujeres abandonaron el estudio, 5 del grupo control tratado con ácido retinóico y 2 del grupo experimental tratado con retinaldehído. En el grupo experimental, una mujer fue excluida por los investigadores debido a la presencia de efectos adversos y otra se retiró por falta de tiempo para asistir a las visitas de seguimiento. En el grupo control, 3 personas renunciaron voluntariamente sin evidencia clínica de efectos secundarios y 2 se retiraron por falta de tiempo para asistir a las visitas de seguimiento, lo cual representa una adherencia al tratamiento de 94.4%.

La población total objeto de seguimiento y análisis fue de 119 pacientes, 61 en el grupo experimental y 58 en el grupo control. Los datos demográficos y de antecedentes clínicos de ambos grupos fueron semejantes.

Respecto a la percepción subjetiva de mejoría de cada paciente, según una escala visual análoga, no se encontró diferencia estadísticamente significativa en las 6 visitas realizadas.

En la evaluación fotográfica realizada por consenso de 5 expertos no se encontró diferencia estadísticamente significativa entre las proporciones de mejoría, empeora-

miento o no cambio producidos por el tratamiento en el grupo experimental y en el grupo control. Se encontró un χ^2 global de 1.16 entre los grupos y un valor de p : 0.56.

Respecto a la evaluación de los efectos adversos por parte de los investigadores y el criterio subjetivo de las pacientes, se encontró que durante todas las semanas de seguimiento las proporciones de eritema y descamación en el grupo control y tratamiento mostraron diferencia estadísticamente significativa, siendo siempre mayor en el grupo control, excepto en la semana 24 en la que no hubo diferencia alguna.

También se encontró diferencia estadísticamente significativa en la aparición de prurito en las semanas 4, 8 y 16, siendo mayor en el grupo control. No se encontró diferencia estadísticamente significativa con respecto al ardor durante las 24 semanas de tratamiento.

CONCLUSIONES

El estudio permite concluir, desde el punto de vista clínico, que no existe diferencia en la efectividad para la reducción del fotoenvejecimiento por el uso de retinaldehído con respecto al uso del ácido retinóico. Durante las primeras 20 semanas fue evidente la aparición de efectos adversos, principalmente eritema y descamación, en una proporción mayor en el grupo tratado con ácido retinóico.

BIBLIOGRAFÍA

1. Laurence N. Understanding premature skin aging. *N Engl J Med* 1997; 337: 1463-1465.
2. Matarasso S, Hanke W. Cutaneous resurfacing. *Dermatol Clin* 1997; 15:569-582.
3. Gendler EC. Topical treatment of the aging face. *Dermatol Clin* 1997; 15: 561-567.
4. Creidi P, Vienne MP, Ochonisky S, et al. Profilometric evaluation of photodamage after topical retinaldehyde and retinoic acid treatment. *J Am Acad Dermatol* 1998; 39:960-965.
5. Creidi P, Humbert P. Clinical use of topical retinaldehyde on photoaged skin. *Dermatology* 1999; 199:S49-52.
6. Diridollou S, Vienne MP, Alibert M, et al. Efficacy of topical 0.05% retinaldehyde in skin aging by ultrasound and rheological techniques. *Dermatology* 1999; 199:S37-41.

DERMATITIS CENICIENTA. CARACTERIZACIÓN DE LA RESPUESTA INMUNE *IN SITU*. UNA APROXIMACIÓN A LA ETIOPATOGENIA**Luz Adriana Vásquez O.****Beatriz Orozco M.****Diana Isaza G.****Rodrigo Restrepo M.****Judith Trujillo R.****Félix Tapia****INTRODUCCIÓN**

La dermatitis cenicienta (DC), o eritema discrómico Perstans, es una enfermedad pigmentaria de etiología desconocida, con distribución geográfica y racial características, donde ocurre daño de células basales y donde la respuesta inmune anormal a antígenos parece iniciar el proceso.

Las características histopatológicas más comunes son: vacuolización de la basal, presencia de cuerpos coloides, exocitosis e incontinencia de pigmento, además de la presencia de un infiltrado linfocitario o mononuclear perivascular en dermis y presencia de melanófagos.

Se ha demostrado una mayor expresión de diferentes moléculas de adhesión: LFA1- β e ICAM-1 y de las moléculas del complejo mayor de histocompatibilidad clase II: HLA-DR, sirviendo como un mecanismo facilitador para la unión de los linfocitos citotóxicos activados. Todo ello sugiere una participación importante del sistema inmune en la patogénesis de esta enfermedad.

En Colombia no existen estudios publicados sobre la respuesta inmunológica en las lesiones de pacientes con dermatitis cenicienta, por lo que se realizó una caracterización de la respuesta inmune *in situ* en los pacientes, y una correlación de los resultados histopatológicos e inmunohistoquímicos, con el fin de comprender algunos de los mecanismos asociados con la etiopatogenia de la enfermedad, permitiendo nuevos horizontes en la búsqueda de tratamientos efectivos para esta entidad.

OBJETIVO

Correlacionar distintos inmunofenotipos leucocitarios con la histopatología en lesiones de pacientes con DC.

MATERIALES Y MÉTODOS

Es un estudio descriptivo, en el que se incluyeron 43 pacientes procedentes de Medellín (Colombia) o de municipios aledaños, que consultaron en el período de 1994-2000 con diagnóstico de dermatitis cenicienta. A cada paciente se le realizó historia clínica, consentimiento informado y dos biopsias de piel tomadas del borde activo de las lesiones, una de ellas para estudio de histopatología con hematoxilina-eosina y otra para estudio de inmunohistoquímica, utilizando anticuerpos monoclonales dirigidos a las siguientes moléculas de superficie: CD4, CD8, CD56, CD1a, CD68, CLA, HLA-DR, ICAM-1; y LFA-1 α . El análisis estadístico fue univariado y bivariado, mediante el programa Epi-Info 6.0.

RESULTADOS

La población seleccionada presentó una ligera predominancia del sexo masculino con un 55.8%, frente al sexo femenino con un 44.2%.

El 48.8% de los pacientes tenían piel tipo IV, con una edad promedio de 36 años.

Todos presentaron lesiones múltiples, localizadas principalmente en tórax anterior (69%), como máculas café-grisáceas en el 55% de los casos.

Las biopsias mostraron un infiltrado crónico linfocitario (100%), de localización perivascular (86%). Se observaron melanófagos (100%), vacuolización de la basal (58.1%) y exocitosis (53.5%). El promedio de leucocitos fue de 1510 células/mm².

Luz Adriana Vásquez O, Universidad Pontificia Bolivariana, Medellín.

Beatriz Orozco M, Universidad Pontificia Bolivariana, Medellín.

Diana Isaza G, Universidad Pontificia Bolivariana, Medellín.

Rodrigo Restrepo M, Universidad Pontificia Bolivariana, Medellín.

Judith Trujillo R, Universidad Pontificia Bolivariana, Medellín.

Félix Tapia, Universidad Pontificia Bolivariana, Medellín.

Correspondencia: Luz Adriana Vásquez, diagonal 75DD No. 4-41, teléf. 256 9527, Medellín, Colombia.

E-mail: gigonzl@epm.net.co.

La inmunohistoquímica mostró un predominio de linfocitos T CD8+ en dermis, células de Langerhans CD1a+ en epidermis y queratinocitos LFA-1 α + e ICAM-1+ relacionados con el daño de la basal.

El presente estudio caracteriza la expresión del antígeno linfocitario cutáneo (CLA) en leucocitos de dermatitis cenicienta, encontrándose células CLA positivas en el 100% de los casos.

CONCLUSIÓN

Los hallazgos de este estudio corresponden al comportamiento de los linfocitos, moléculas de adhesión, y hallazgos histopatológicos en pacientes con DC.

La expresión del ICAM-1 y HLA-DR en los queratinocitos y la presencia en el sitio del daño de la basal coinciden con la exocitosis de linfocitos CLA positivos, lo que hace pensar en la existencia de un estímulo antigénico inicial, desencadenante de la respuesta inmune.

BIBLIOGRAFÍA

1. Schwartz R, Centurion S. Erythema Dyschromicum Perstans. *Med J* 2001; 2:101-110.
2. Homez-Chacin J, Barroso C. On the etiopathogenic of the erythema dyschromicum Perstans : possibility of a melanosis neurocutaneous. *Dermatol Venez* 1996; 4:149-151.
3. Combenmale P, Faisant M. Erythema Dyschromicum Perstans: report of a new case and critical review of the literature. *J Dermatol* 1998; 25:747-753.
4. Pinkus H. Lichenoid tissue reactions. A speculative review of the clinical spectrum of epidermal basal cell damage with special reference to erythema dyschromicum Perstans. *Arch Dermatol* 1973; 107:840-846.
5. Baranda L, Torres-Alvarez B, Cortes-Franco R. Involvement of cell adhesion and activation molecules in the pathogenesis of erythema dyschromicum Perstans (ashy dermatitis). The effect of clofazimine therapy. *Arch Dermatol* 1997; 133:325-329.

TOXIDERMIAS MEDICAMENTOSAS Y SIDA

Beatriz Eugenia Torres M.

INTRODUCCIÓN

Las reacciones adversas son manifestaciones clínicas no deseadas que resultan del suministro de un medicamento. El hospital Simón Bolívar de Bogotá es el centro de referencia del distrito capital para el manejo de la población VIH positiva. Este hospital posee un programa especial que cuenta con cerca de 1600 pacientes inscritos. Este significativo número de pacientes ha permitido al personal médico de esta institución adquirir una valiosa experiencia en el manejo de los pacientes con enfermedad por VIH. El servicio de dermatología del hospital Simón Bolívar ha detectado que una causa frecuente de consultas e interconsultas en esta población son las reacciones cutáneas medicamentosas.

PROBLEMA

Los pacientes VIH positivos requieren múltiples medicamentos, tanto para la prevención y manejo de las infecciones oportunistas como para la infección por el virus de la inmunodeficiencia. Constituyen, por lo tanto, una población en la cual se debe esperar una mayor frecuencia de reacciones medicamentosas. Con el crecimiento desmesurado de esta epidemia en Colombia, es imperativo para el dermatólogo conocer los diferentes tipos de toxidermias medicamentosas, los mecanismos fisiopatogénicos por lo cuales estos pacientes son más susceptibles y su manejo adecuado.

No existe en Colombia ni en América Latina, según la literatura médica, un estudio que describa el tipo de reacciones medicamentosas cutáneas, los medicamentos incriminados, su frecuencia de presentación y evolución, en la población de pacientes con enfermedad por VIH.

Beatriz Eugenia Torres M, RIII Dermatología, Universidad El Bosque, Servicio de Dermatología Hospital Simón Bolívar. Correspondencia: calle 159 No. 26-46 interior 13, apartamento 301, teléfono 6701365, Bogotá, Colombia. E-mail: bettyt7@terra.com.co

Trabajos del Concurso de Residentes

OBJETIVO PRINCIPAL

Describir el tipo de reacciones medicamentosas cutáneas presentadas en los pacientes con enfermedad por VIH que consultaron al servicio de dermatología del Hospital Simón Bolívar de Bogotá, en el período comprendido entre enero de 1998 y diciembre de 2001.

OBJETIVOS SECUNDARIOS

1. Determinar la incidencia relativa de reacciones medicamentosas cutáneas en la población con enfermedad por VIH en el Hospital Simón Bolívar de Bogotá.
2. Describir cuáles fueron los medicamentos más frecuentemente implicados.
3. Correlacionar los datos encontrados con los informados en la literatura médica mundial.

TIPO DE ESTUDIO

Estudio descriptivo, retrospectivo, serie de casos.

SUJETOS Y MÉTODOS

Se revisaron 398 historias clínicas de pacientes con diagnóstico de enfermedad por VIH que consultaron al Hospital Simón Bolívar en el período comprendido entre enero de 1998 y diciembre de 2001, por los Residentes de dermatología de la Universidad El Bosque.

Los casos positivos para toxidermias medicamentosas fueron consignados en un formulario de recolección de datos que incluían las variables a estudiar.

Los resultados fueron analizados por el sistema Epi-Info con la asesoría de los epidemiólogos y estadísticos de la Universidad El Bosque.

RESULTADOS

De las 398 historias clínicas revisadas, un 10.9% correspondían a pacientes que en el curso de su enfermedad presentaron al menos un episodio de toxidermia medicamentosa.

El tipo de reacción más frecuentemente encontrada fue la erupción morbiliforme, seguida por el eritema multiforme

mayor, necrólisis epidérmica tóxica, paroniquia, granuloma telangiectásico, vasculitis, eritema flagelado y fototoxicidad.

Los medicamentos más frecuentemente implicados fueron las sulfas. En los pacientes que recibieron tratamiento antirretroviral el medicamento con el que se encontró mayores efectos adversos fue el indinavir.

DISCUSIÓN

Estos resultados demostraron una alta concordancia con lo informado en la literatura médica mundial. Es de resaltar que en nuestra población no se encontró la lipodistrofia asociada con el uso de inhibidores de proteasas. Aunque se trató de correlacionar la carga viral y el recuento de CD4 con los episodios de reacción medicamentosa, estos resultados fueron parciales debido a las dificultades de tipo económico que impiden realizar este tipo de exámenes paraclínicos en todos nuestros pacientes. Éste es entonces el primer estudio colombiano que describe las características de las reacciones cutáneas medicamentosas en la población con enfermedad por VIH.

BIBLIOGRAFÍA

1. WHO. Initiative on HIV/AIDS and sexually transmitted infections (HSI) 2000 year.
2. Koopmans PP, van der ven AJ, Vree TB, et al. Pathogenesis of hypersensitive reactions to drug in patients with HIV infection: allergic or toxic? *AIDS* 1995; 9:217-222.
3. Beall G, Sanwo M, Hussain H. *Immunol Allerg Clin NA* 1997; 17:319-337.
4. Buhl R, Jaffe HA, Holroyd KJ, et al. Systemic glutathione deficiency in symptom-free HIV-seropositive individuals. *Lancet* 1989; 334:1294-1298.
5. Pirmohamed M, Williams D, Tingle MD, et al. Intracellular glutathione in the peripheral blood cells of HIV-infected patients: failure to show a deficiency. *AIDS* 1996; 10:501-507.
6. Greenber R, Berger T. Nail and mucocutaneous hyperpigmentation with azidothymidine therapy. *J Am Acad Dermatol* 1990; 22:327-330.

7. Berger TG, Dhar A. Lichenoid photoeruptions in human immunodeficiency virus infection. *Arch Dermatol* 1994; 130:609-613
8. Treudler R, Husak R, Raisova M, et al. Efavirenz-induced photoallergic dermatitis in HIV. *IDS* 2001; 15:1085-1087.
9. Calista D. Cutaneous side effects induced by indinavir. *Eur J Dermatol* 2000; 10:292-296.
10. Roth VR, Kravcik S, Angel JB. Development of cervical fat pads following therapy with human immunodeficiency virus type I protease inhibitors. *Clin Infect Dis* 1998; 27:65-67.
11. Colson AE. Paronychia in association with indinavir treatment. *Clin Infect Dis* 2001; 32:140-143.
12. Bouscart F, Bouchar C, Bouhour D. Paronychia and pyogenic granuloma of the great toes in patients treated with indinavir. *N Eng J Med* 1998; 338:1776-1777.
13. Metry DW. Stevens-Johnson syndrome caused by the antiretroviral drug nevirapine. *J Am Acad Dermatol* 2001; 44:354-357.
14. Powderly WG, Mundy LM. Gender differences in nevirapine rash. *Conf Retroviruses Opportunistic Infect* 1999:196.
15. Rubeis N, Salem Z, Dibbs R. Blomycin induced flagellate drug hypersensitivity reaction. *Int J Dermatol* 1999; 38:140-141.
16. Spedinj P, Bergozi C, Morandi S. Cutaneous flagellate pigmentation by bleomycin. *Haematologica* 200; 85:870.
17. Rubeiz , Salem Z, Dibbs R, et al. Bleomycin-induced urtridrial flagellate drug hypersensitivity reaction. *Int J Dermatol* 1999; 38:140-141.
18. Coopman S, Johnson R, Platt R. Cutaneous disease and drug reactions in HIV infection. *N Eng J Med* 1993; 328:1670-1674.
19. Gonzalez-Martin G, Yañez CG, Gonzalez-Contreras L, et al. Adverse drug reactions (ADRs) in patients with HIV infection. A prospective study. *Int J Clin Pharmacol Ther* 1999; 37:34-40.
20. Ward H, Russo G, Shrum J. Cutaneous manifestations of antiretroviral therapy. *J Am Acad Dermatol* 2002; 46:284-293.

LEPRA INFANTIL: CORRELACIÓN CLÍNICO-PATOLÓGICA

Sandra Liliana Cortés Vera
Gerzain Rodríguez Toro
Héctor Castellanos Lorduy

RESUMEN

La lepra en los niños es un problema de salud pública que refleja la transmisión de la enfermedad en la comunidad y mide la eficiencia del programa de control de la lepra.

Con el fin de evaluar algunos criterios clínicos, epidemiológicos, histopatológicos y el grado de concordancia entre el diagnóstico clínico y el histopatológico, realizamos un estudio descriptivo y retrospectivo de los casos de lepra diagnosticados en menores de 15 años en el INAS, entre marzo de 1994 y septiembre de 2000. Revisamos 207 biopsias de piel enviadas con el diagnóstico clínico de lepra y confirmamos la enfermedad en 119 casos (57.5%). No encontramos ningún caso de lepra en el que la enfermedad no hubiera sido sospechada en la clínica. Observamos una frecuencia de la enfermedad ligeramente mayor en el género masculino (51%) y un predominio claro en el grupo de edad de mayores de 10 años (47%). El tiempo de evolución entre la aparición de las lesiones y el diagnóstico clínico varió entre 1 y 96 meses. En 34 pacientes (28.5%) existió el antecedente de convivencia con uno o más enfermos de lepra, aunque no se consignó este dato en todos los protocolos. En cuanto a las características clínicas, sólo el 35% de los pacientes tenía una lesión única, la mayoría de lesiones fueron descritas como máculas hipocrómicas con alteración de la sensibilidad y localizadas en áreas expuestas en el 37% de los casos. Dos pacientes

Sandra Liliana Cortés Vera, Dermatóloga, Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, D.C.

Gerzain Rodríguez Toro, Profesor Titular Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia, Jefe Lab. Patología, Instituto Nacional de Salud (INAS), Bogotá.

Héctor Castellanos Lorduy, Profesor Asistente Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia.

Correspondencia: Sandra Liliana Cortés, calle 22B No. 56-63, Int. 2, apto. 902, Bogotá D.C., Colombia.

Trabajos del Concurso de Residentes

presentaban deformidades en sus extremidades con anquilosis, y un paciente tenía alteración de la sensibilidad sin lesiones cutáneas. El 57% de los casos fueron paucibacilares y el 43% multibacilares. Los tipos histológicos diagnosticados con mayor frecuencia fueron lepra dimorfa tuberculoide (35%), lepra indeterminada (25%) y lepra dimorfa lepromatosa (17%). Observamos signos histológicos de reacción leprótica tipo 1 en 5 casos de lepra dimorfa tuberculoide, y no encontramos ningún caso de reacción tipo 2. Más del 40% de los casos habían sido clasificados en la clínica como lepra indeterminada o lepra tuberculoide. La concordancia entre la clasificación clínica e histopatológica del tipo de lepra fue del 36%. Los eczemas crónicos hipocromiantes y las incontinencias postinflamatorias del pigmento melánico fueron las entidades clínicas que con mayor frecuencia fueron confundidas con la lepra. La lepra infantil representa entre el 6-14% de los casos nuevos de lepra en Colombia, y el 43% de casos multibacilares en los niños sugiere que su diagnóstico se hace en forma tardía, por lo cual la enfermedad debe ser investigada en todos los niños convivientes de enfermos de lepra y la biopsia de piel debe realizarse para evitar los diagnósticos falsos positivos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Noussitou FM. Lepra infantil. WHO Geneve, 1999.
2. Dayal R. Early detection of leprosy in children. *J Trop Pediatr* 1991; 37: 310-312.
3. Sehgal VN, Srivastava G. Leprosy in children. *Int J Dermatol* 1987; 26: 557-566.
4. Arrieta R, Garcés MT, Ordoñez N, et al. Lepra familiar. *Biomédica* 2002, 21: 248-255.
5. Rodríguez RA, Rodríguez G. La lepra en los niños. En: Rodríguez G, Orozco LC. *Lepra*. Bogotá, Instituto Nacional de Salud, 1996: 116-128.
6. Sehgal VN, Chaudhry AK. Leprosy in children: a prospective study. *Int J Dermatol* 1993; 32:194-197.
7. Jayalakshmi P, Tong M, Sing S, et al. Leprosy in children. *Int J Lepr* 1997; 65: 95-97.
8. Sehgal VN, Rege VL, Mascarremas MF, et al. The prevalence and pattern of leprosy in a school survey. *Int J Lepr* 1977; 45: 360-363.
9. Sehgal VN, Joginder. Leprosy in children: correlation of clinical, histopathological, bacteriological and immunological parameters. *Lepr Rev* 1989; 60:202-205.
10. Keeler R, Deen RD. Leprosy in children aged 0-14 years: report of an 11 year control programme. *Lepr Rev* 1985; 56: 239-248.
11. Kumar B, Rani R, Kaur I. Childhood leprosy in Chandigarh; clinico-histopathological correlation. *Int J Lepr* 2000; 68:330-331.
12. Fine PEN, Sterne JAC, Ponighaus JM, et al. Household and dwelling contact as risk factors for leprosy in Northern Malawi. *Am J Epidemiol* 1997; 146: 91-102.
13. Van Beers SM, Hatta M, Klatser PR. Patient contact is the major determinant in incident leprosy: implications for future control. *Int J Lepr* 1999; 67: 119-128.
14. Revankar CR, Dewarker PR, Mulchand S, et al. Leprosy in preschool age. *Lepr Rev* 1979; 50: 293-296.

EXPRESIÓN DEL RECEPTOR c-kit Y MEL-5 EN PACIENTES CON VITILIGO

Ana Francisca Ramírez
Johana Parra
Andrés Alexis Andrade
Juan Carlos Maya

El vitiligo es una enfermedad que afecta 0.5-2.0 % de la población. Su etiología no está totalmente aclarada, aunque existen varias hipótesis acerca de su etiopatogenia.

El receptor c-kit es una proteína que actúa como receptor transmembrana tirosina quinasa, el cual tiene un papel importante en la regulación del crecimiento de varios tipos de células, y es además responsable de la migración embriológica de melanocitos a la epidermis al interactuar con el factor de célula madre.

Se han encontrado alteraciones en la expresión del receptor c-kit en varios trastornos pigmentarios, entre ellos el vitiligo, pero estos estudios se han realizado con un número reducido de pacientes.

Ana Francisca Ramírez, Universidad del Valle, Cali.
Johana Parra, Universidad del Valle, Cali.
Andrés Alexis Andrade, Universidad del Valle, Cali.
Juan Carlos Maya, Universidad del Valle, Cali.

Trabajos del Concurso de Residentes

OBJETIVO

Evaluar la expresión del receptor c-kit en zona de membrana basal en piel lesional y piel sana adyacentes de pacientes con vitiligo.

MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo con 20 pacientes entre 17 y 86 años afectados de vitiligo. Se practicaron biopsias de 4 mm en piel lesional y piel sana adyacente a la lesión de vitiligo. Posteriormente se realizó inmunohistoquímica con anticuerpos monoclonales, marcadores para c-kit y MEL-5, y dos observadores hicieron el conteo de células positivas para ambos marcadores por cada 200 células basales.

RESULTADOS

En piel sana adyacente a lesiones de vitiligo se encontraron 13.3 células positivas para receptor de c-kit por cada 200 células basales, y 12.5 células positivas para MEL-5 por cada 200 células basales.

En piel lesional de vitiligo los valores fueron negativos en todas las muestras estudiadas para c-kit. Fue positivo en 12.5 MEL-5

CONCLUSIONES

Estos hallazgos sugieren que las células c-kit positivas, como posibles precursores de los melanocitos, también sufren la devastadora influencia de la noxa que actúa en la destrucción de las células pigmentarias y que muy posiblemente desaparecen totalmente en forma gradual, explicando parcialmente la incapacidad en muchas lesiones de vitiligo de repigmentar con diversas modalidades de terapia médica. De la misma manera, las células ubicadas en la piel adyacente aparentemente normal también presentan alteraciones importantes, como han sido reportadas en estudios diversos, incluyendo estudios de microscopía electrónica.

Por otro lado, estos resultados dan sustentación a los procedimientos quirúrgicos, los cuales restablecen la presencia de melanocitos obtenidos de áreas de piel

normalmente pigmentada, pero contando con la previa estabilización, bien sea espontánea o terapéutica de las lesiones de vitiligo. Probablemente en un futuro no muy lejano, además de mejorar la terapia para estabilizar el vitiligo, la repigmentación pueda ser complementada mediante el uso de citoquinas que faciliten el desplazamiento de las células pigmentarias, desde el borde del área despigmentada en forma continua hasta restaurar completamente la pigmentación de las lesiones.

BIBLIOGRAFÍA

1. Hann SK, Nordlund JJ. Clinical features of generalized vitiligo. En: Hann SK, Nordlund JJ. Vitiligo. Blackwell Science Ltd, 2000:35-48.
2. LePoole IC et al. Catechol- O- methyltransferase in vitiligo Arch Dermatol Res 1994;286: 281.
3. Schallreuter KU, Moore J, Wood JM, et al. Epidermal H₂O₂ accumulation alters tetrahydrobiopterin (6BH4) recycling in vitiligo: identification of a general mechanism in regulation of all 6BH4 dependent processes? J Invest Dermatol 2001; 116:167-174.
4. Al' Abadie M, Senior H, Bleehen S, et al. Neuropeptide and neuronal marker studies in vitiligo Br J Dermatol 1994; 131:160-165.
5. Bystryn JC. Immune mechanisms in vitiligo. Clin Dermatol 1997; 15:853-861.
6. Boissy RE, Liuy-Y, Medrano EE, et al. Structural aberration of the rough endoplasmic and melanosome compartmentalization in long-term cultures of melanocytes from vitiligo patients J Invest Dermatol 1991; 138:1511-1525.
7. Norris A, Todd C, Graham A, et al. The expression of the c-kit receptor by epidermal melanocytes may be reduced in vitiligo. Br J Dermatol 1996; 134: 299-306.
8. Haake A, Scott GA, Holbrook KA. Structure and function of the skin: overview of the epidermis and dermis En: Freinkel RK, Woodley DT. The Biology of the Skin. New York, The Parthenon Publishing Group 2000:19-45.
9. Grichnik JM, Wasir NA, Burch JA, et al. Kit Expression reveals a population of precursor melanocytes in humanskin. J Invest Dermatol 1996; 106:967-971.
10. Dippel E, Hass N, Grabbe J, et al. Expression of the c-kit receptor in hypomelanosis: a comparative study between piebaldism, naevus depigmentosus and vitiligo. Br J Dermatol 1995; 132:182-189.

Trabajos del Concurso de Residentes

CORRELACIÓN CLÍNICO - PATOLÓGICA DE LAS MANIFESTACIONES DERMATOLÓGICAS EN LOS PACIENTES CON SIDA.

HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN VICENTE DE PAUL 1999- 2001

Fernando Vallejo Cadavid

Martín Camilo Cárdenas Hernández

Claudia Vélez Campuzano

Luis Alfonso Correa Londoño

RESUMEN

Más del 90% de los pacientes con SIDA presentan alteraciones dermatológicas durante el curso de su enfermedad, las cuales generalmente presentan un cuadro clínico atípico frente al paciente inmunocompetente, lo cual dificulta su diagnóstico y por ende el tratamiento oportuno y adecuado. Para establecer la correlación clínico-patológica de las manifestaciones dermatológicas en los pacientes con SIDA, se revisaron las historias clínicas y las biopsias cutáneas de 130 pacientes en el HUSVP de Medellín. Las lesiones más frecuentemente diagnosticadas desde el punto de vista clínico fueron sarcoma de Kaposi, histoplasmosis y prurigo; en la histología fueron sarcoma de Kaposi e inflamación crónica inespecífica. Se observó una concordancia general del 47.7% y al evaluar los resultados por grupos de clasificación se encontró un índice *Kappa* de 0.626 $p < 0.001$. Dada la escasa concordancia clínico-patológica, se recomienda que en pacientes con SIDA y manifestaciones dermatológicas se realice biopsia de las lesiones.

Fernando Vallejo Cadavid, MD, Docente Dermatología, Jefe Sección de Dermatología, Universidad de Antioquia, Medellín.

Martín Camilo Cárdenas Hernández, R III Dermatología, Universidad de Antioquia, Medellín.

Claudia Vélez Campuzano, R III Dermatología, Universidad de Antioquia, Medellín.

Luis Alfonso Correa Londoño, Docente Dermatopatología, Universidad de Antioquia, Medellín.

BIBLIOGRAFÍA

1. Johnson RA. Cutaneous manifestations of human immunodeficiency virus disease. En: Fitzpatrick, T. *Dermatology in General Medicine*. McGraw-Hill, New York. 1999: 2505-2538.
2. Martin S Greenberg. DD. HIV-associated lesions. *Dermatol Clin* 1996; 14: 319-325.
3. Aftergut K, Cockerell CJ. Update on the cutaneous manifestations of HIV infection. *Dermatol Clin* 1999; 17: 445-471.
4. Myskowski PL, Dermatologic complications of HIV infection. *Med Clin* 1996; 80: 1415-1435.
5. Samet JH, Muz P. Dermatologic Manifestations in HIV-Infected Patients: A Primary Care Perspective. *Mayo Clin Proc* 1999; 74:658-660.
6. Uthayakumar S, Nandwani R, et al. The prevalence of skin disease in HIV infection and its relationship to the degree of immunosuppression. *Br J Dermatol* 1997; 137: 595-598.

CORRELACIÓN DE LA CLÍNICA Y LA HISTOPATOLOGÍA EN LOS DIFERENTES TIPOS DE ESCLEROSIS SISTÉMICA

Rossana Mejía

Luis A. Castro

Ximena Escovar L.

Gladys C. Melgarejo V.

Maritza Flórez R.

Paola E. Plata P.

Luisa F. Motta F.

Martha P. Robayo M.

INTRODUCCIÓN

La esclerodermia es una enfermedad generalizada del tejido conectivo, de curso crónico y progresivo, caracterizada por lesiones vasculares obliterativas con el consecuente desarrollo de diferentes grados de fibrosis y engrosamiento de la piel y de órganos internos como corazón, pulmón, riñón y tracto gastrointestinal.

El grado de compromiso cutáneo, al momento del diagnóstico de la esclerodermia sistémica, es considerado uno de los mayores factores pronósticos en la enfermedad,

Trabajos del Concurso de Residentes

por lo tanto, la detección temprana de los cambios en la piel, la realización de un diagnóstico precoz y la iniciación temprana de medidas terapéuticas inciden en la disminución de la morbi-mortalidad de la entidad.

El puntaje de piel modificado de Rodnan, basado en la habilidad de "pellizcar" la piel, es ampliamente usado para la evaluación del compromiso cutáneo en la esclerosis sistémica.

Las evaluaciones del grosor de la piel, realizadas por experimentados investigadores clínicos, se correlacionan muy cercanamente con el grado de esclerosis de las biopsias.

En nuestro hospital, la valoración cutánea de los pacientes con esclerodermia sistémica puede ser realizada por dermatología o por reumatología. Los casos de iniciación reciente presentan dificultad en su interpretación. Con este trabajo se pretende conocer si existe algún grado de relación entre la sensibilidad del examen físico realizado por un dermatólogo y/o un reumatólogo, y la comparación de estos hallazgos con el estudio anatomopatológico.

OBJETIVO

Determinar la sensibilidad del diagnóstico clínico de esclerodermia en los servicios de Dermatología y Reumatología del Hospital Militar Central, cuando se compara con el estudio histopatológico de la piel de los pacientes seleccionados.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se reclutaron 30 pacientes con diagnóstico de esclerodermia, a quienes se les realizó la evaluación del índice de Rodnan modificado, por parte de un especialista y un residente de los servicios de Dermatología y Reumatología. Posterior a esta evaluación, se les realizó a cada uno de ellos una biopsia de piel del tórax anterior y el dorso de la mano, demarcando los sitios considerados por los clínicos con mayor compromiso de acuerdo con el examen físico.

RESULTADOS

Los resultados aún son preliminares y están en proceso de tabulación.

BIBLIOGRAFÍA

1. Steen VD, Medsger TA. Improvement in skin thickening in systemic sclerosis associated with improved survival. *Arthr Rheum* 2001; 44:2828-2835.
2. Scussel L, Rynauld JP, Roussin A, et al. Predicting mortality in systemic sclerosis: Analysis of a cohort of 309 French Canadian Patients with emphasis on features at diagnosis as predictive factors for survival. *Medicine* 2002; 18:154-167.
3. Balbir GA, Denton CP, Nichols B, et al. Non-invasive measurement of biomechanical skin properties in systemic sclerosis. *Ann Rheum Dis* 2002; 61:237-241.
4. Geirsson AJ, Wollheim FA, Akkeson A. Disease severity of 100 patients with systemic sclerosis over a period of 14 years: using a modified Medsger scale. *Ann Rheum Dis* 2001; 60:1117-1122.
5. Ruddy: Kelley's Textbook of Rheumatology, 2001.
6. Guzman R, Restrepo JF, Lizarazo H. Capilaroscopia: utilidad diagnóstica en enfermedades reumáticas. Experiencia en 264 pacientes. *Rev Col Reum* 1998; 5:211-218.

Rossana Mejía, Universidad Militar y Hospital Militar, Bogotá D.C.

Luis A. Castro, Universidad Militar y Hospital Militar, Bogotá D.C.

Ximena Escovar L., Universidad Militar y Hospital Militar, Bogotá D.C.

Gladys C. Melgarejo V., Universidad Militar y Hospital Militar, Bogotá D.C.

Maritza Flórez R., Universidad Militar y Hospital Militar, Bogotá D.C.

Paola E. Plata P., Universidad Militar y Hospital Militar, Bogotá D.C.

Luisa F. Motta F., Universidad Militar y Hospital Militar, Bogotá D.C.

Martha P. Robayo M., Universidad Militar y Hospital Militar, Bogotá D.C.