Volumen 4

No. 5

Octubre 1995



# REVISTA COLOMBIANA DE DERMATOLOGIA

AUSPICIO



Volumen 4, Número 5, Octubre de 1995

# REVISTA COLOMBIANA DE DERMATOLOGIA



#### DIRECTIVAS DE LA SOCIEDAD COLOMBIANA DE DERMATOLOGIA

#### **PRESIDENTE**

Juan Pedro Velásquez B. (Medellín)

#### **VICEPRESIDENTE**

Jaime Soto Mancipe (Santafé de Bogotá)

#### **SECRETARIO**

Angela Zuluaga de C. (Medellín)

#### **TESORERO**

Luz Marina Gómez V. (Medellín)

#### **VOCALES**

Eduardo González G. (Santafé de Bogotá)

Alvaro Correa S. (Barranquilla)

Guillermo González R. (Cali)

# Volumen 4, Número 5, Octubre de 1995

# REVISTA COLOMBIANA DE DERMATOLOGIA



DIRECTOR Editor	INDICE	Página
Diego E. Jaramillo J.	EDITORIAL	141
COMITE EDITORIAL	ARTICULOS ORIGINALES	
Armenia: Carlos H. González		
Santafé de Bogotá: Antonio Barrera Juan Guillermo Chalela María Mélida Durán Mercedes Flórez Eduardo González Fabio Londoño	MANIFESTACIONES ORALES DE ENFERMEDADES DERMATOLOGICAS C.E.S., MEDELLIN ABRIL - AGOSTO DE 1994  María Inés Alvarez, Fernando Botero, Julián Cadavid, Olga Lucía Castaño, Angela García, Clara Jaramillo, Mario Jiménez, Sol Beatriz Jiménez, Walter León, Laureano Osorio, Jorge Sánchez, Claudia Uribe, José Vicente Vallejo, José Rodrigo Vélez, Mónica Zapata, Angela Zuluaga de C. Instituto de Ciencias de la Salud, C.E.S.  Medellín	145
Mariano López	MINICASOS	
Gerzaín Rodríguez Luis A. Rueda Jaime Soto Enrique Suárez	LIQUEN AUREUS Olga Lucía Castaño, Julián Cadavid Peña, Walter León Herrera Instituto de Ciencias de la Salud, C.E.S. Medellín	152
<b>Barranquilla:</b> Amín Ariza F.	QUEILITIS GRANULOMATOSA. Informe de un caso en la Infancia	154
Cartagena: Alejandro Muvdi	Gloria Elena Velásquez Zapata Susana Restrepo Gutiérrez Universidad de Antioquia	
Bucaramanga:	Medellín	
Miguel Zárate Stella Montoya de B.	PAQUIONIQUIA CONGENITA. Reporte de un caso Familiar Sol Beatriz Jiménez Tamayo	156
Cali: Adriana Arrunátegui María Isabel Barona Jaime Betancourt	José Vicente Vallejo Ochoa Walter León Herrera Instituto de Ciencias de la Salud, C.E.S. Medellín	
Marta Ocampo Carlos Escobar Rafael Falabella Luis Moreno Jairo Victoria	ENFERMEDAD DE DARIER-WHITE. Presentación de una Familia María Mercedes Pérez, Alvaro Correa, Jairo Fuentes, Lesbia de León, Jesús Pérez, Mario Pérez, Oscar Romero, Javier Mozo Universidad Libre Barranquilla	158
Medellín: Alonso Cortés José Ignacio Gómez Flavio Gómez Diego Jaramillo Walther León Stella Prada	SARCOMA DE KAPOSI CLASICO María Clemencia Gómez Molina José Ignacio Gómez Uribe Hospital Universidario San Vicente de Paul, Universidad de Antioquia Medellín	160
Angela Restrepo Juan Pedro Velásquez Angela Zuluaga de C. Luz Marina Gómez V.	LINFOMA CUTANEO DE CELULAS B Blanca Lilia Lesmes R. CAPRECOM Santafé de Bogotá, D.C.	163

Manizales:

Heriberto Gómez Jairo Mesa Felipe Jaramillo

Montería:

Adolfo Gómez Agámez

Pereira:

Adolfo Ormaza Julio César Vélez

Popayán:

Edgar Altuzarra

#### INVESTIGACION CLINICO-TERAPEUTICA

EVALUACION DE LA CAPACIDAD DE IRRITACION PRIMARIA DE DIVERSOS JABONES MEDIANTE LA PRUEBA DE LA CAMARA DE JABON. (Soap Chamber Test)

Rafael Falabella María I. Barona Mack Morrison Universidad del Valle

NOTICIAS

Cali

166

169

#### INFORMACION GENERAL

Los Editores y la Sociedad Colombiana de Dermatología no asumen ninguna responsabilidad sobre cualquier dano y/o injuria a personas u objetos resultante de la utilización o aplicación de cualquier producto, procedimiento cirugías, instrucciones o ideas contenidas en el material publicado en esta revista. Ningún procedimiento, prueba o terapia debe ser llevado a cabo, a menos que a juicio del lector el riesgo se justifique.

Debido a los frecuentes cambios y adelantos en la ciencia médica, se recomienda que se haga una verificación independiente de diagnósticos y dosificaciones de medicamentos. Toda discusión, punto de vista y recomendaciones sobre elección de medicamentos y su dosis son responsabilidad de los autores.

Las aseveraciones y opiniones expresadas por los autores son propias de ellos y no necesaríamente compartidas por los Editores o la Sociedad Colombiana de Dermatología, quienes declinan toda responsabilidad por tal material, así como no garantizan, apoyan o autorizan ningún producto o servicio anunciado

en esta publicación ni garantizan ninguna demanda hecha por el fabricante de dicho producto o servicio.

Aunque todo el material publicitario se espera que esté conforme con la ética médica y los estándares actuales, su inclusión en esta publicación no es una garantía o apoyo de la Sociedad Colombiana de Dermatología o de los Editores de la calidad o valor de cualquier producto anunciado.

Copyright 1991 ©
Sociedad Colombiana de Dermatología
Todos los derechos reservados
El registro de publicación en trámite.
Inscripción en el Index medicus latinoamericano en trámite.

#### REGLAMENTO DE PUBLICACIONES REVISTA COLOMBIANA DE DERMATOLOGIA

La Revista Colombiana de Dermatología es un Organo de Expresión de la Sociedad Colombiana de Dermatología, esencialmente de tipo científico de la especialidad, aun cuando eventualmente pudieran aparecer contribuciones de carácter gremial o informativo cuando sean de muy particular importancia.

Uno de los objetivos más claros es lograr una mejor Educación Dermatológica Continuada y son bienvenidos todos aquellos trabajos que cumplan con esta meta. Los manuscritos deben ser enviados a:

> Diego E. Jaramillo J. Editor Carrera 50 C No. 60-13 Teléfono: 263 76 67 Medellín - Colombia

y versarían entre las siguientes categorías:

#### 1. ARTICULOS ORIGINALES

Deben tener una extensión máxima de 5.000 palabras. Incluir: Introducción, Material y Métodos o Reporte de Casos, Resultados, Comentarios y Referencias. Deberán contener un Resumen de máximo 150 palabras, en Español o Inglés. (Deben indicarse 2-3 "Palabras Clave")

#### 2. TRABAJOS DE INVESTIGACION CLINICOTER APEUTICA

Con una extensión de 1.000 a 2.500 palabras, sobre evaluaciones de drogas. Pueden añadirse un máximo de 4 gráficos o tablas y 2 fotografías clínicas. Su metodología, similar a la de los artículos originales.

#### 3. MONOGRAFIAS

No mayores de unas 6.000 palabras, serán trabajos didácticos, de actualización sobre un campo particular de la dermatología. Son de revisión, pero con una extensión bibliográfica no mayor de 70 referencias. Incluirán: Introducción. Material y Métodos, Comentarios y Conclusiones según los trabajos revisados y los propios del autor. El Resumen, en Español y en Inglés no será mayor de 500 palabras. (Requieren 2-3 "Palabras Clave").

#### 4. EDUCACION DERMATOLOGICA CONTINUADA

Es un artículo de revisión completa sobre algún tema, que será elegido para su elaboración por las Escuelas de Dermalología y realizado por sus profesores y residentes. Se hará en forma rotatoria y su extensión será libre.

#### 5. CIRUGIA DERMATOLOGICA

Artículos con la misma categoría de los numerales 1-3 pero especialmente dirigido a los cirujanos dermatólogos.

#### 6. TRABAJOS DE CONCURSO DE LOS RESIDENTES

Presentación de las investigaciones llevadas a cabo por los residentes de las diferentes escuelas, ya expuestos en los congresos colombianos de dermatología. Su formato será similar al del numeral 1.

#### 7. MINICASOS (Clínicos y/o Patológicos)

Sección de comunicación de experiencias Clínico-Terapéuticas. Tienen un Resumen de no más de 50 palabras y el desarrollo del minicaso: Historia Clínica, descripción de la terapia, resultados, un corto comentario y conclusión final. Referencias no más de 5, relacionadas con el tema. Extensión total de unas 1.000 palabras máximo. Se incluirán 2 fotografías clínicas o histológicas.

#### 8. REVISION DE LA LITERATURA

Resúmenes cortos, de artículos de importancia aparecidos en revistas internacionales. Su extensión máxima, excluida la referencia bibliográfica será de 100 palabras.

#### 9. CORRESPONDENCIA

Cartas al Editor con comentarios, opiniones o informaciones relacionadas con publicaciones previas, inquietudes acerca de la Revista o la Sociedad Colombiana de Dermatología.

#### 10. ¿CONOCE USTED EL DIAGNOSTICO?

Presentación de un caso, común o infrecuente, para ejercicio mental del lector. Deberá mostrarse la confirmación histológica o de laboratorio. Seguirá el patrón de presentación de un minicaso.

#### 11. NOTICIAS

Comunicación de informes, obituarios, reuniones de la Sociedad o Eventos nacionales o extranjeros de importancia para el Dermatólogo Colombiano.

#### 12. DERMATOLOGIA PEDIATRICA

Este es un campo abierto para los colegas de la Sociedad Colombiana de Dermatología Pediátrica. Se recibe toda clase de colaboración que verse sobre esta subespecialidad.

Para ser aceptado un trabajo, se sobreentiende que su contenido en todo o en parte, no ha sido publicado previamente. Excepciones para ello, se harán, previo permiso de la publicación que posea el Copyright, en casos de particular interés y a juicio del Comité Editorial. El autor deberá realizar los trámites para dicho permiso.

El Editor se reserva el derecho de aceptar los artículos y de sugerir modificaciones antes de su publicación. Serán publicados a medida que lo permita el espacio disponible en la revista, con un riguroso orden de antigüedad en relación con la fecha de su recepción por el Editor, quien enviará inmediatamente una nota de recibo al autor, la cual no es un compromiso de su publicación.

Todo trabajo será enviado en original y 2 copias fotostáticas escrito a máquina a doble espacio, en hojas tamaño carta, en un solo lado, con márgenes laterales de 4 cm y numeradas consecutivamente. La revista tendrá como idioma oficial el español gramaticalmente correcto.

La primera página incluye:

TLTULO DEL TRABAJO SUBTITULO (si lo amerita)

APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS DE LOS AUTORES CARGO Y CATEGORÍA ACADEMICA DE LOS MISMOS NOMBRE DE LA INSTITUCION DONDE SE REALIZO

Nombre, Dirección y Teléfono del autor a quien se le enviará la correspondencia.

Título Abreviado para encabezamientos de página.

La segunda página será el resumen, en español y su traducción al inglés (a doble espacio).

Se deben incluir 2-3 PALABRAS CLAVE referentes al tema central del trabajo.

Sólo deben utilizarse un mínimo de abreviaturas, las cuales serán indicadas luego de su empleo por primera vez. Siempre emplear nombres genéricos de drogas. Si se incluye una marca registrada, sólo se podrá mencionar una vez, citada entre paréntesis luego de su primera citación.

Toda medida será indicada en sistema métrico decimal.

Las referencias se identificarán en el texto con numerales arábigos sobre elevados, en su orden de aparición. La lista de referencias secuencial irá a doble espacio, en hojas aparte de las del trabajo. Deberán seguir los requerimientos internacionales (ver ejemplos). Las comunicaciones personales no se deben incluir en esta lista, pero serán citadas entre paréntesis en el texto.

llustraciones y Tablas: Son suplementarias y no duplicadoras de lo que se diga en el texto. Cada artículo podrá llevar un número razonable de fotos en blanco y negro y 4 fotos en color. Para éstas deben enviarse la diapositiva original o dos copias en papel brillante (liso) del tamaño "doble postal". Para las fotos en blanco y negro se requieren igualmente copias de este tipo. Las tablas, gráficos de línea o diagramas deberán ser enviados en forma de rotografía de alto contraste, similar a las fotos en blanco y negro. No enviar obras de arte, radiografías u otro tipo de material original. Deben numerarse con cifras romanas, tener un título breve y ser autoexplicativas. Si nos envía un disquete, además del texto escrito, facilitará mucho nuestra labor.

Las ilustraciones se numerarán con cifras de acuerdo con su mención en el texto. Las leyendas correspondientes deberán ser escritas a doble espacio y en hojas diferentes a las del texto del trabajo. No deben ser repetitivas de lo indicado en este, sino complementarias. Si han sido publicadas previamente, deberá darse el crédito completo en dicha leyenda, y acompañarse de un permiso escrito del propietario de los derechos de autor (Copyright). Además, si la fotografía permite reconocer la identidad del sujeto, deberá ser enviado un consentimiento escrito del enfermo, para su publicación. Los enfermos es identificarán mediante números o letras, pero no con nombres; iniciales o números de historias clínicas.

#### Ejemplos de Referencias

Ártículos con 3 autores o menos: Nombrarlos todos. Artículos con 4 o más autores: Nombrar los 3 primeros y anadir et al.

#### Trabajos de Revista:

Liu SC. Sanfilippo B, Perroteau, et al. Expression of transforming growth factor-alfa (TGFa) in differentiated rat mamanry tumors: estrogen induction of TGFa production. Mol Endocrinol 1987; 683-92.

#### Libros:

Dahl MV. Clinical Immunodermatology. Chicago; Year Book, 1988.

#### Capítulos de libros:

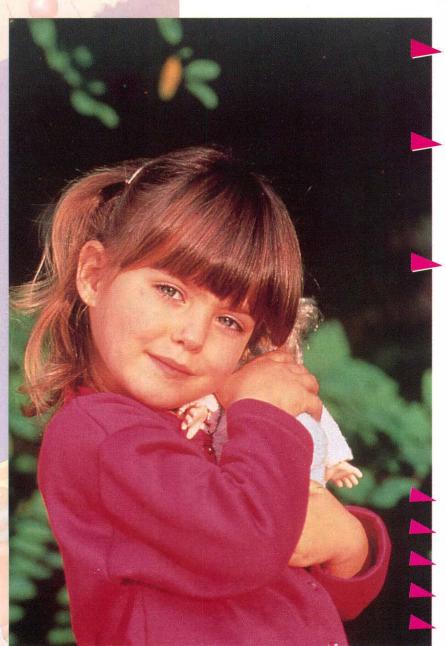
Paller AS. Disorders of the immune system In: Schachner IA, Hansen RC, eds. Pediatric dermatology New York: Churchill Livingstone, 1988; 93-137.



Tabletas y Jarabe

# CLARITYNE

LORATADINA SCHERING PLOUGH



Inhibe la degranulación del mastocito<sup>1</sup>

Es un antagonista selectivo de los receptores H1 de la Histamina<sup>1</sup>

Impide la activación de las moléculas de adhesión, inhibiendo el proceso inflamatorio alérgico tardío.<sup>2</sup>

# Indicado en:

Urticaria aguda o crónica Reacciones alérgicas Dermatitis atópica Conjuntivitis alérgica Rinitis aguda o crónica

- Haria M., Fitton A., Peters D.H. Loratadine. A reappraisal of its Pharmacological Properties and Therapeutic Use in Allergic Disorders. Drugs 48 (4): 617-637, 1994.
- 2. Bousquet J., Campbell A.M., et al. Inhibitory activity of loratadine and descarboethoxiloratadine on expression of ICAM-1 and HLA-DR by nasal epithelial cells. In Press.

Para mayor información del producto, dirigirse a nuestra dirección médica a los teléfonos: 9 800-13302 ó 290 3301. Fax: 290 3080 Santafé de Bogotá.





- Combina una potente actividad antiinflamatoria con un perfil favorable de seguridad
- Superior o igualmente efectivo a los corticoides tópicos disponibles
- V Una aplicación diaria asegura el cumplimiento de la terapia

Economía, seguridad y eficácia una sola vez al día

# Indicado en todo tipo de pacientes

- Dermatitis seborreica
- ✓ Dermatitis por contacto ✓ Psoriasis

- Psoriasis del cuero cabelludo
- Dermatitis atópica

DESCRIPCION Cada gramo de crema de MONOVEL\* al 0.1% contiene 1 mg de Furoato de Mometasona petrolato blanco, cera blanca estearato de glicol de propileno alcoho estearílico y ceteareth-20, glicol de hexileno, dióxido de titanio, octenilsuccinato purificada y ácido fosfórico para ajustar el pH. Cada gramo de loción MONOVEL al 0.1% contiena 1 mg de Furoato de Mometasona alcohol isopropílico hidroxipropilcelulosa, fosfato de sodio monobásico y monohidrato glicol de propileno, agua purificada y ácido fosfórico 🐒 se requiere ajustar el pH. ACCIONES: El Furoato de Mometasona corticosteroide sintético presenta propiedades antiinflamatorias antipruríticas y vasonstrictoras. INDICACIONES Y USOS: La crema y Igción MONOVEL\* al 0.1% están indicadas para el alivio de las manifestaciones inflamatorias y pruriticas de las dermatosis córticosensibles, como psoriasis dermatitis de contacto dermatitis atópica y dermatitis seborréica. La loción puede aplicarse en las lesiones del cuero cabelludo PRESENTACION Crema: Tubo con 15 g (Reg Sanitario No. P53123) Loción: Frasco x 30 ml (Reg. Sanitario No. P53125). \*Marca Registrada

Para mayor información comuniquese con la Dirección Médica de Essex Farmacéutica Tels,: Fuera de Bogotá: 9800 13302 Santafé de Bogotá: 2903301

### **EDITORIAL**

#### MERCADEO DE SERVICIOS DE SALUD J. G. Alzate G.

#### RESUMEN

Se presenta el proceso de asimilación de la disciplina del mercadeo en salud, dando una definición formal del término y mencionando algunos factores que hacen necesario el desarrollo de esta herramienta gerencial.

Se analizan los cuatro componentes clásicos del mercadeo aplicados al área de salud, su mezcla como función gerencial esencial y la necesidad de proceso de segmentación de mercados.

Además, se realiza un breve comentario sobre la investigación de mercados como fundamento esencial para el mercadeo, así como lo es la investigación clínica para la medicina.

#### 1. EL CONCEPTO DE MERCADEO EN SALUD

En el proceso de desarrollo del sector salud, la aplicación de las disciplinas administrativas habían estado carentes de la esencia que les brinda el enfoque empresarial: la gerencia.

El sector realmente sólo se administraba, es decir, los recursos en el mejor de los casos, se mantenían sin generar un verdadero enfoque gerencial con creatividad e innovación.

Esto en parte, se debe a que nunca tuvimos que pensar en términos de calidad del servicio, calidad total, planeación estratégica y lógicamente planeación de mercadeo.

Hoy las cosas han cambiado (o están cambiando aceleradamente) y desde finales de los años setentas y durante toda la década de los ochentas, el mercadeo del sector salud se desarrolló con intensidad, ésto particularmente en EE. UU. y en Europa.

Específicamente en nuestro medio, con la alianza estratégica del CES y EAFIT para desarrollar las gerencias en salud, hemos tomado nuestra propia dinámica, inquietando el cambio hacia el enfoque gerencial tanto en el sector público (estatal) como en el privado.

Ahora hay una fuerza ejecutiva importante, que comprende de una mejor manera el desarrollo y aplicación de estas herramientas gerenciales y en particular del mercadeo, lo cual los compromete a desarrollar unas organizaciones de salud que sean más humanas, generadoras de bienestar y partícipes del desarrollo del país.

#### 2. QUE ES EL MERCADEO

En salud, el concepto o la interpretación que más se le da a esta disciplina, es el de que sólo es publicidad y ventas, entendida como "Aquí estoy para vender".

Se piensa que son equivalentes, teniéndose desafortunadamente una errada concepción de su verdadera dimensión.

Veamos una definición técnica pero muy completa:

"El mercadeo, es un proceso gerencial que realiza el análisis, planeación, implementación y control de servicios que se ofrecen, diseñados para dar origen a intercambios voluntarios de valores, con mercados seleccionados, para alcanzar los propósitos de la organización.

Su base esencial, es la creación de ofertas de servicio de acuerdo con las necesidades y deseos de los mercados seleccionados, con políticas de precio adecuadas, buena distribución de los servicios

Dr. Juan Gonzalo Alzate Gómez

Director de Mercadeo de Servicios de Salud - CES

Medellín - Colombia

<sup>\*</sup> Reproducido con autorización del Editor de la Revista CES Medicina, por considerarlo de interés general.

y claros objetivos de comunicación al mercado seleccionado, para motivar una acción de compra y satisfacer las necesidades de los clientes".

Esta definición tiene implícita lo que se conoce como los compuestos del mercadeo (Cuatro  $\underline{P}$  clásicas) que son: Producto (servicio); Precio (honorarios); Plaza (ubicación); Promoción (publicidad).

Nótese cómo la publicidad, es **sólo** uno de los componentes del mercadeo y no todo el concepto, como erróneamente se cree o se ha creído.

#### 3. POR QUE SE NECESITA EL MERCADEO EN EL SECTOR SALUD?

Hay cuatro claras razones, que han presionado al sector, para que se oriente hacia el mercadeo, veamos:

- 3.1 Regulaciones legales y éticas: La ley 23 de 1982 sobre ética médica y otras regulaciones, hacen que el usuario de salud tenga más elementos para exigir calidad en el servicio.
  - La reciente Ley 10 de 1993 de Seguridad Social, someterá sin lugar a dudas a una dura competencia a todo el sector tanto estatal como privado, por lo cual las técnicas del mercadeo se harán más necesarias que nunca.
- 3.2 Aumento de oferta de profesionales e instituciones: Con el desarrollo de los países y las sociedades, las personas tienen una mayor oportunidad de acceso a la educación superior y tecnológica, por lo que la oferta posiblemente aumente y el campo para competir será más estrecho y difícil de conquistar, pues el paciente de hoy tiene y tendrá más ofertas de servicios.
- 3.3 Usuario de hoy más exigente y crónicamente insatisfecho: El usuario de hoy es más informado, más exigente y conoce dónde se ofrece el mejor servicio y cuando no lo recibe, lo exige. Esto a toda escala social.
  - Hoy el paciente (en el sentido de tener paciencia), ya no es éso, sino que pasó a ser cliente (quien busca satisfacción).
- 3.4 Tecnologías rápidamente cambiantes: Los grandes avances tecnológicos convierten en obsoletos algunos servicios profesionales mientras que al mismo tiempo, originan oportunidades de mercadeo para esa nueva tecnología, siempre y cuando se creen estrategias para hacerla mayormente accesible a los usuarios.

#### 4. ALGUNOS PROBLEMAS PARA MERCADEAR SERVICIOS DE SALUD:

Estos problemas los plantea Kottler, para todos los servicios profesionales y son perfectamente detectables en salud. Los mencionaremos aclarando algunos:

- 4.1 Responsabilidad hacia terceros: La familia del paciente, las leyes, la sociedad. En otros sectores de la economía, no es tan marcada esta responsabilidad.
- 4.2 Mayor incertidumbre del paciente: No es lo mismo comprar una cirugía, que comprar cualquier otra cosa.
- 4.3 La experiencia del Profesional o la Institución es esencial.
- 4.4 Mayor dificultad para diferenciarse: Entre dos o más profesionales o instituciones que sean excelentes en calidad de atención, cómo hacemos para que el usuario nos perciba con características únicas y sobresalientes, frente a la competencia? Pueden quedar algunas alternativas: Tecnología, precios(?), red de servicios, alcanzar los niveles de excelencia humana para cero errores (?)
- 4.5 Mantenimiento de la calidad: El sector industrial mantiene la calidad ajustando máquinas; en el sector salud tenemos que ajustar conductas humanas, empresa ya de por sí difícil.
- 4.6 Quien mejor debe mercadear el Servicio: El profesional mismo. Es tal vez, en mi concepto, el principal problema para mercadear los servicios de salud. Mientras los médicos sigamos siendo prepotentes y no comprendamos el concepto del cliente de hoy día, pueden tenerse en cualquier institución los mejores expertos y planes de mercadeo y será muy difícil alcanzar el éxito. Lo alcanzarán quienes comprendan que ésto se debe eliminar, aun me atrevo a decir, sin que tengan expertos en mercadeo o planes de mercadeo!.

Recordando a nuestro maestro, el doctor Luis Alfonso Vélez Correa, en su discurso en la entrega del título "Honoris Causa" en Junio de 1993 mencionaba: "Si volviera a ejercer la medicina, sería más humilde, más silencioso, más bondadoso. Menos sabio. Menos arrogante".

(Revista CES Medicina: Vol 7-No. 2-1993 p.112). Creo que es la percepción de su larga y rica experiencia del gremio profesional médico.

- 4.7 Falta de tiempo, recursos y áreas del mercadeo
- 4.8 Presión de la demanda: Para ciertas especialidades, en donde el paciente no encuentra una cita oportuna y rápida y la institución, por diversas razones, no puede ampliar la oferta.
- 4.9 Efectos de la publicidad desconocidos para el sector.
- 4.10 Base limitada de conocimientos en mercadeo.

#### 5. LAS CUATRO P EN MAS DETALLE

5.1 El producto nuestro: Un servicio: El entendimiento cabal de lo que es un servicio, requiere el desarrollo de una "Gerencia del servicio en salud". Es la P básica y esencial para salud. Por no ser propósito de este artículo, no se tratará en la profundidad que se merece. Sólo quiero expresar en este corto diálogo, el propósito final que pretende una Gerencia del servicio en salud:

MD: Le pregunta al especialista de mercadeo de su entidad de salud: Y cómo va usted en su mercadeo?

EM: Creo que bien. Se están realizando algunas actividades y planeando otras. Y usted?

MD: Cómo yo? Qué quiere decir?

EM: Pues que cuando usted atiende un paciente y queda satisfecho, éste venderá mucho más servicios que el departamento de mercadeo y cuando esté insatisfecho, la comunicación es más exponencial y no habrá plan de mercadeo que valga.

MD: Entiendo perfectamente.

5.2 Precio de servicios y honorarios: Los clientes ya no aceptan fácilmente cualquier precio que se les ofrezca. Además conocen y están informados de muchas alternativas y a veces las comparan por esta variable.

Hay tres métodos muy generales para establecerlos:

- 5.2.1 Orientado al costo: Algunas entidades determinan el costo de su servicio y luego establecen un margen de utilidad. Muchas veces no tienen en cuenta qué tarifas hay en el mercado y si su margen es muy alto o bajo.
- 5.2.2. Según el mercado atendido: Acá se tiene más en cuenta el tipo de mercado que se tiene, estableciéndose por ejemplo tarifas de clasificación socioeconómicas para personas de escasos recursos o tarifas altas para clase alta.
- 5.2.3 Según precios del mercado: Se investigan las tarifas del mercado y se ubican las propias en lo más bajo, en el promedio o en los rangos más altos. Tiene el peligro de que, si no se tienen los costos del servicio, se puede perder dinero.

Lo mejor es una combinación según las necesidades de organización.

- 5.3 Plaza (ubicación): Si nos quedamos en un solo lugar, podemos perder buenas oportunidades de mercados nuevos y crecientes. Esta variable se refiere a la necesidad de establecer sucursales de la entidad de salud en distintas áreas según necesidades y potenciales de mercadeo. La ubicación debe ser muy competitiva.
- 5.4 Promoción (Publicidad): Esta variable sola, no es el mejor tratamiento para una entidad que afronta escasez de clientes. Es en la que más se puede utilizar mal el presupuesto y despilfarrar el dinero.

Su objetivo esencial es el de comunicar (no vender), claramente lo que ofrecemos y lo que el mercado necesita si lo hemos investigado.

Hay cinco pasos claros para lograrlo:

- 5.4.1 Establecer objetivos publicitarios claros y coherentes.
- 5.4.2 Determinar el presupuesto y continuidad de la publicidad.
- 5.4.3 Formulación clara del mensaje.
- 5.4.4 Selección de medios a pautar.

5.4.5 Evaluación de su impacto en el mercado.

Para el manejo de estos pasos, puede conseguirse la asesoría de una agencia profesional de publicidad.

#### 6. MEZCLA DE MERCADEO (MARKETING MIX)

Es la función más esencial de un profesional o departamento de mercadeo.

Tan sencillo como puede ser el mencionarlo, pero tan complejo y difícil como es desarrollarlo, esa función se limita a : "Diseñar el o los servicios que se necesitan, el precio justo, colocados en el lugar adecuado para el cliente y comunicados de una manera clara y exacta, para que la mezcla de los cuatro factores, origine una demanda que crezca siempre y se pueda administrar, conduciendo todo ello a un desarrollo y crecimiento de la empresa de salud, en el tiempo".

En otras palabras, realice la mejor mezcla, según los mercados que se hayan seleccionados.

#### 7. SEGMENTACION DE MERCADOS

Hay que partir de un principio claro: Un profesional o entidad de salud no le puede vender servicios a todos los mercados que haya, ni atenderlos a todos por igual.

Debe concentrar sus esfuerzos en aquellos que realmente necesitan de sus servicios y que los pueden pagar o que tienen una forma de respaldo (seguros, prepagados, etc.)

Hay varias formas de segmentar mercados, las más comunes:

- 7.1 Geográficamente
- 7.2 Demográficamente
- 7.3 Psicológicamente (Estilo de vida)
- 7.4 Comportamiento del usuario (positivo, activo, analítico, etc.)

#### 8. INVESTIGACION DE MERCADOS

Proceso esencial para retroalimentar al mercado y poder encontrar nuevas oportunidades, nuevos mercados, análisis de la competencia, mayores posibilidades de innovación.

Comprende todo el proceso de la formulación científica, cómo identificar problemas, formular hipótesis, análisis estadístico, tabulación, etc., aplicado al mercadeo.

Uno de los procesos podría ser el siguiente:

- 8.1 Definición de problemas y objetivos de la investigación
- 8.2 Investigación exploratoria (recolección de datos)
- 8.3 Diseño y prueba de encuestas o formatos de recopilación
- 8.4 Trabajo de campo
- 8.5 Análisis de datos y presentación
- 8.6 Proceso de decisiones con los resultados

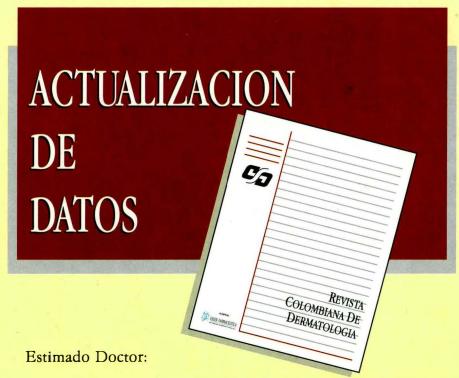
#### 9. CONCLUSION

Es claro que el camino hacia la orientación del mercadeo por parte de las entidades de salud apenas comienza. Pero ya hemos logrado al menos entender esta disciplina, que como la medicina y otras áreas de la salud, aún no sabemos qué tiene de más, si arte o ciencia, si intuición o planeación, si talento o suerte. Bienvenida a nuestro sector.

Dr. Juan Gonzalo Alzate Gómez Director de Mercadeo de Servicios de Salud CES

#### **BIBLIOGRAFIA**

Revista CES Medicina: 1994; 8(1): 113-116.



Para ofrecerle un mejor servicio y una oportuna distribución de su revista, solicitamos cordialmente nos diligencie la información solicitada y nos la devuelva, sin costo alguno, depositándola en cualquier buzón de la Administración Postal Nacional, o enviándola por fax al 91-2603609.

#### Cordialmente,





Nombre del Médico			
No. Registro Médico			
Fecha de Cumpleaños	Mes	Día	
Dirección Consultorio_			1.0
Teléfono			
Dirección Residencia			
Teléfono			
Apartado Aéreo			
Dirección a la cual debe	enviársele la revista		
Consultorio	Residencia		Apartado Aéreo

DEPOSITELO EN CUALQUIER BUZON U OFICINA DE LA ADMINISTRACION POSTAL NACIONAL

NO NECESITA ESTAMPILLAS NI PORTES PARA CURSAR DENTRO DE COLOMBIA

## **RESPUESTA COMERCIAL**



EL PORTE POSTAL SERA PAGADO POR: SCHERING-PLOUGH S.A. LICENCIA No. 0-1030 DE ADPOSTAL ZONA POSTAL No. 1 MURILLO TORO SANTAFE DE BOGOTA

## **ARTICULOS ORIGINALES**

# MANIFESTACIONES ORALES DE ENFERMEDADES DERMATOLOGICAS. INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA SALUD C.E.S., MEDELLIN. ABRIL-AGOSTO DE 1994

Alvarez, María Inés; Botero, Fernando; Cadavid, Julián; Castaño, Olga Lucía; García, Angela; Jaramillo, Clara; Jiménez, Mario; Jiménez, Sol Beatriz; León, Walter; Osorio, Laureano; Sánchez, Jorge; Uribe, Claudia; Vallejo, José Vicente; Vélez, José Rodrigo; Zapata, Mónica; Zuluaga de C., Angela

#### **RESUMEN**

Se realizó un estudio clínico observacional, descriptivo de corte, para buscar la frecuencia de lesiones orales en los pacientes atendidos en el Servicio de Dermatología del Instituto de Ciencias de la Salud, C.E.S., entre abril - agosto de 1994.

A 3557 pacientes que demandaron consulta especializada, se les realizó examen estomatológico completo y a los que presentaron algún tipo de lesión oral se les encuestó enviándolos luego a evaluación por el departamento de estomatología.

El 2.4%, 84 pacientes, presentaron lesiones orales, siendo la Glositis (23.7%) la entidad más frecuente, seguida por la Condición de Fordyce (15.8%), Melanosis (10.5%), Candidiasis (9.2%), Hiperplasia fibroepitelial (7.9%), Quelitis y Aftas (6.6% respectivamente). En 26 pacientes (33.3%) se encontró algún tipo de asociación entre los hallazgos de piel y cavidad oral.

Los resultados obtenidos permiten sugerir que, dada la frecuencia de las lesiones orales en pacientes con enfermedades dermatológicas, es mandatorio en ellos realizar un examen estomatológico completo.

Palabras Clave: Piel, Mucosa oral.

María Inés Alvarez, Dermatóloga; Fernando Botero, Dermatólogo; Julián Cadavid, Dermatólogo; Olga Lucía Castaño, Dermatóloga; Angela García, Dermatóloga; Clara Jaramillo, Dermatóloga; Mario Jiménez, Odontólogo; Sol Beatriz Jiménez, Dermatóloga; Walter León, Patólogo; Laureano Osorio, Dermatólogo; Jorge Sánchez, Dermatólogo; Claudia Uribe, Dermatóloga; José Vicente Vallejo, Odontólogo; José Rodrigo Vélez, Dermatólogo; Mónica Zapata, Dermatóloga; Angela Zuluaga de C., Dermatóloga. Instituto de Ciencias de la Salud "C.E.S."
Dirección: Clínica Las Vegas, Cons. 515, Fase I.
Calle 2 Sur No. 46 55 Tel: 268 78 38

#### INTRODUCCION

La mucosa oral es el escenario de infinidad de lesiones que de una u otra forma se relacionan con enfermedades dermatológicas, o puede llamar la atención sobre algún factor que puede estar pasando desapercibido, como es el caso de inmunodeficiencias, estados carenciales, o trastornos endocrinos que son de importancia para el enfoque integral del paciente.

También puede estar allí la clave para el diagnóstico de algunas genodermatosis o patologías que en un momento dado no son muy floridas en sus lesiones cutáneas, pero sí en sus manifestaciones orales. De igual manera también pueden ser las lesiones orales las que permitan el diagnóstico precoz de una enfermedad sistémica.

Además de las manifestaciones patológicas hay hallazgos considerados como normales; tal es el caso de la Condición de Fordyce y el leucoedema, que deben reconocerse y diferenciarse de otros procesos; al igual que los cambios secundarios al uso de prótesis o los que acompañan a patologías dentales, que son importantes pero independientes de las dermatosis.

Para su estudio se han dividido en los siguientes tópicos:

I. Infecciosas: Micóticas (2-7) bacterianas (5, 7, 8, 4, 9, 1) virales (3, 4, 5, 7, 8) parasitarias (4, 11, 12)

II. Carenciales: por deficiencia de hierro (1) por deficiencia vitamínica (13)

III. Leucoplásticas y afines: implican hiperqueratosis de la mucosa y pueden ser: asociadas a tabaco (3, 5) asociadas a hábitos alimenticios (4) hereditarias (3, 5, 4) traumáticas inflamatorias (3, 8, 7, 4) María Inés Alvarez, Fernando Botero, Julián Cadavid Olga Lucía Castaño, Angela García, et al.

IV. Tumorales: vasculares (4, 5) hereditarias (5) neoplasias benignas (5, 4) tejidos ectópicos (4)

V. Reacciones a drogas: por contacto alérgicas (5, 4, 3) pigmentarias (14)

VI. Alteraciones de la lengua y los labios: a nivel de la superficie de la lengua (3) procesos granulomatosos (4, 5) queilitis actínica y por contacto (4)

VII. Colagenopatías: lupus discoide (3) esclerodermia (7) dematomiositis (8)

VIII. Alteraciones de las glándulas salivares: mucocele, neoplasias (5)

IX. alteraciones por el uso de prótesis (3)

X. Enfermedades que cursan con aftas: estomatitis aftosa recurrente (3) enfermedad de Behcet (3) síndrome de Reiter (5) traumáticas (5)

XI. Enfermedades ampollosas: pénfigos (3), eritema multiforme (3) epidermolisis ampollosas (5) necrolisis epidérmica tóxica

XII. Alteraciones de la pigmentación: endógenas (15), exógenas

XIII. Otras: como vasculitis y enfermedad periodontal de diferentes causas (4)

Teniendo en cuenta que en la consulta dermatológica del Instituto de Ciencias de la Salud C.E.S., se atiende a un número adecuado de pacientes, se decidió realizar este trabajo con el fin de describir los hallazgos estomatológicos y su relación con las enfermedades de piel en dicha población.

#### **MATERIALES Y METODOS**

Se realizó un estudio clínico descriptivo, observacional de corte para buscar la frecuencia de asociación entre lesiones orales y enfermedades dermatológicas, en los pacientes que asistieron a la consulta externa de Dermatología del Instituto de Ciencias de la Salud, C.E.S., entre el 1 de abril y el 31 de agosto de 1994.

Se incluyeron todos aquellos que al momento del examen tuviesen algún tipo de lesión en la cavidad oral y se excluyeron todos los que presentasen enfermedad periodontal asociada a mal hábito higiénico, constituyendo así un muestreo de tipo no probabilístico intensional.

A todos los pacientes del estudio se les elaboró una encuesta precodificada con prueba piloto previa y luego fueron enviados a evaluación por el Departamento de Estomatología de la misma institución.

Tanto los diagnóstico de piel como de cavidad oral se fundamentaron en los criterios clínicos y solamente se tomaron muestras para estudio histopatológico en los casos donde el diagnóstico no era muy evidente o se quería confirmar la sospecha clínica.

Estas muestras fueron procesadas y evaluadas por el Departamento de Patología del Instituto de Ciencias de la Salud C.F.S.

Las lesiones cutáneas y orales fueron fotografiadas con una cámara Canon AE-1. Minolta X-700 con fuelle.

Los datos se tabularon según el programa EP1-info versión 5.0 y las gráficas y tablas en Harvard Graphic.

#### RESULTADOS

En la consulta externa de Dermatología del Instituto de Ciencias de la Salud C.E.S., entre el 1 de abril y el 31 de agosto de 1994, se atendieron 3.557 pacientes, de los cuales el 2.4%, 84 pacientes, presentaron compromiso estomatológico. Para el estudio se tomaron 78; los 6 restantes no se incluyeron por datos insuficientes.

El 65.4%, 51 personas, eran de sexo femenino y el promedio de edad, de 34.5 años con una desviación estándar de 22.8 (Fig. No. 1).

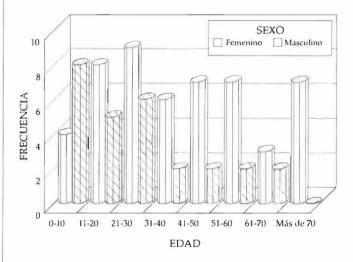


Fig. No. 1. Distribución por edad y sexo. Consulta Dermatológica. C.E.S., Medellín 1994.

La ocupación de la muestra estudiada fue: 42.3% oficios domésticos, seguida por el 32.1% estudiantes (Fig. No. 2).

Analizando los antecedentes de enfermedad sistémica, dermatológica y mucosa oral se encontró que el 42,3% presentaron enfermedad sistémica, siendo la hipertensión la más frecuente.

El 26.9% tuvieron antecedente de enfermedad dermatológica. El carcinoma basocelular y la dermatitis atópica fueron las entidades más comunes y sólo el 7.7% recordaron haber tenido alguna lesión en mucosa oral.

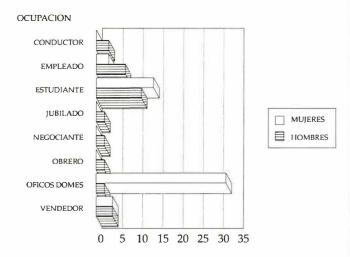


Fig. No. 2. Ocupación por sexo de la población estudio. Manifestaciones orales de enfermedades dermatológicas. C.E.S., Medellín 1994.

La tabla 1 muestra los diagnósticos que motivaron la consulta dermatológica, obteniéndose: 9 pacientes con acné (11.5%), seguida por otros eczemas no atópicos en el 9%.

Tabla 1. Diagnósticos de Manifestaciones orales de 1994.	rmatológicos actuales en l enfermedades dermatológ	a población de estudio. gicas, C.E.S., Medellín
DIAGNOSTICOS	PORCENTAJE	FRECUENCIA
Acné	11.5	9
Eczema	9	7
Psoriasis	7.7	6
Atopia	7.7	6
Vitiligo	6.4	5
Ca Basocelular	5.1	4

<sup>41</sup> \* Dentro de otros diagnósticos, tumores benignos fueron el 12.8% del total de pacientes

5.1

3.8

2.6

32

Melasma

Otros\*

Toxicodermia

Q. Actínica

Se quiere resaltar que en el grupo de otros quedaron clasificados diagnósticos cuya frecuencia fue de 1, pero al agruparlos, el 12.8% correspondía a tumores benignos.

La evolución de las enfermedades de piel, oscilaron entre 0 y 240 meses, con un promedio de 52 y una desviación estándar de 65.3.

Cada diagnóstico dermatológico se localizó en varias áreas anatómicas simultáneamente, siendo las zonas más comprometidas la cara (24.6%), hemicuerpo izquierdo anterior (15.2%) y el hemicuerpo derecho anterior (12.6%), en donde se obtuvieron las patología más frecuentes: acné, melasma, atopia, vitiligo y psoriasis, en su orden (Fig. No. 4).

Los diagnósticos estomatológicos en orden de frecuencia fueron: glositis 18 pacientes (23.1%); condición de Fordyce 13 (16.7%); (Tabla 2). Y la localización más encontrada por área\* anatómica fue el dorso de la lengua (23.7%) seguida por mucosa de carrillo (21.9%) como se muestra en la figura 5.

La evolución de las lesiones orales fue variable: 39 personas (50%) la recordaron, 17 (22%) no la precisaron y 14 (18%) la desconocieron.

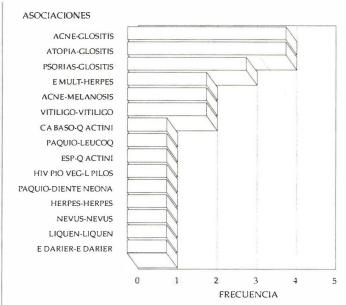


Fig. No. 3. Asociación de diagnósticos dermatológicos y orales. C.E.S., Medellin 1994.

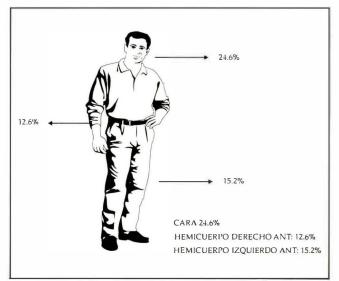


Fig. No. 4. Localización anatómica lesiones dermatológicas actuales. C.E.S., Medellín 1994.

	Tabla 2. Diagnósticos estomatológicos actuales en la población de estudio.
Ì	Manifestaciones orales de enfermedades dermatológicas, C.E.S. Medellín
1	1994
L	

DIAGNOSTICOS	PORCENTAJE	FRECUENCIA		
Glositis	23.1%	18		
C. Fordyce	16.7%	13		
Melanosis	10.3%	8		
Candidiasis	9.0%	7		
H. Fibroepitelial	7.7%	6		
Queilitis	7.7%	6		
Aftas	6.4%	5		
Herpes	5.1%	4		
Otras	14.1%	11		

Del grupo estudiado 20 pacientes (26%) ingerían algún tipo de medicamento, y en un 50% se estableció una relación entre la sustancia, la patología oral y dermatológica.

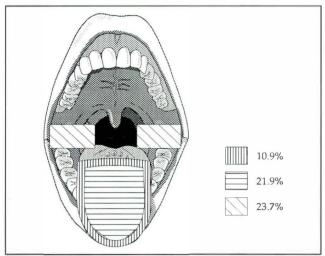


Fig. No. 5. Localización anatómica de las lesiones orales actuales. C.E.S., Medellín 1994.



Fig. No. 6. Condición de Fordyce: Pápulas diminutas amarillas agrupadas, que comprometen la mucosa oral.

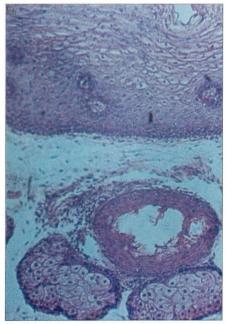


Fig. No. 7. Condición de Fordyce. Presencia de glándulas sebáceas en el corion con un conducto recubierto por epitelio escamoso estratificado. (H-E. 100x).



Fig. No. 8. Pigmentación por tetraciclinas: Máculas hiperpigmentadas que comprometen la mucosa interna del labio inferior.

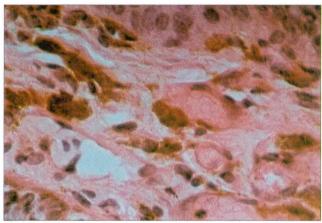


Fig. No. 9. Melanocitos grandes densamente cargados de melanina a nivel de la basal. Abundantes melanófagos en la dermis. (H-E 400x).

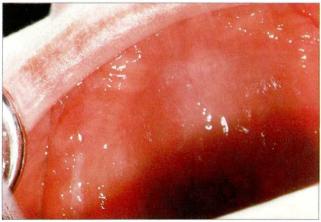


Fig. No. 10. Candidiasis atrófica pseudomembranosa. Paladar duro, que muestra la presencia de una pseudomembrana blanquecina.

Uno consumía marihuana y 9 tomaban 2 o más medicamentos simultáneamente. El 65% llevaban menos de 1 año ingiriéndola.

Analizando aisladamente la ingesta de licor y tabaco, el 18% (14 pacientes) consumían cada una de estas sustancias; 64.3% menos de 1 cajetilla al día y el 71.4% del total de fumadores llevaban más de 10 años haciéndolo.



Fig. No. 11. Paladar duro. Abundantes hifas de monilia en todo el espesor del epitelio escamoso estratificado. Esporas escasas. (H-E 100x).



 $Fig.\ No.\ 12.\ Enfermedad\ de\ Darier.\ P\'apulas\ costrosas\ amarillentas,\ adheridas,\ que\ comprometen\ especialmente\ \'areas\ seborreicas.$ 



Fig. No. 15. Paladar duro del caso anterior. Ausencia de lesiones clínicamente en la mucosa de revestimiento.



Fig. No. 13. Acroqueratosis verrucciforme. Correspondiente al dorso de las manos del caso anterior, con la presencia de pápulas verruciformes aplanadas del color de la piel.



Fig. No. 14. Piel del dorso de las manos. Hiperortoqueratosis, estrato granuloso prominente. Papilomatosis extensa como capiteles de iglesia. (H-E

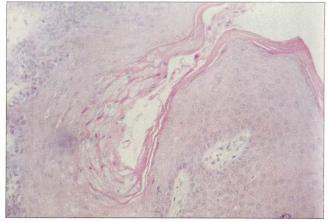


Fig. No. 16. Paladar. Enfermedad de Darier. Invaginación profunda formada por epitelio escamoso queratinizado con presencia de gránulos en la luz. (H-E 100x)

María Inés Alvarez, Fernando Botero, Julián Cadavid Olga Lucía Castaño, Angela García, et al.

La mitad de los pacientes que tomaban licor tenían un consumo mayor de 5 años y en proporciones iguales (3 pacientes), tanto para el licor como para el tabaco; las patologías diagnosticadas en mucosa oral fueron las mismas, dentro de las que cabe mencionar glositis, quelitis, condición de Fordyce y Cándida. En esta última los pacientes eran fumadores por un período mayor de 10 años.

La gran mayoría de los diagnósticos de piel y boca fueron hechos con criterios clínicos; y solamente el 6.4% de los pacientes con enfermedad oral ameritó estudio histológico. Así mismo las enfermedades de piel, requirieron la toma de biopsia únicamente en el 8.97% (7 pacientes).

Se estableció entonces una relación de diagnósticos dermatológicos con hallazgos estomatológicos en la muestra estudiada (78 pacientes), encontrándose algún tipo de asociación en 26 de ellos (33.3%). De éstas las más frecuentes fueron: acné-glositis, atopia-glositis, (4 pacientes de cada grupo) y 6 pacientes tuvieron el mismo diagnóstico en piel y mucosa oral (Fig. No. 3).

# DISCUSION, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

La mucosa oral frecuentemente, es asiento de múltiples patologías asociadas a enfermedades dermatológicas y sistémicas; por esta razón se decidió efectuar un estudio para buscar la frecuencia de lesiones orales en los pacientes atendidos en el servicio de dermatología del Instituto de Ciencias de la Salud, C.E.S.

Los resultados obtenidos permitieron sugerir que, dada la frecuencia de las lesiones orales con enfermedad dermatológica, es mandatorio en ellos efectuar examen estomatológico, reconfirmando así la necesidad de establecer una relación directa entre las lesiones con patología dermatológica y sistémica, logrando enfocar al paciente de una manera integral, con la colaboración de un equipo interdisciplinario.

Los diagnósticos en su mayoría fueron hechos con criterio clínico, demostrándose que una gran cantidad de entidades orales y dermatológicas, por su frecuencia, poseen características semiológicas que ayudan a diferenciarlas entre sí.

El área anatómica más comprometida en cadivad oral fue el dorso de la lengua, siendo la glositis la entidad más diagnosticada, corroborando así que la lengua es la región estomatológica, asiento de múltiples patologías del tracto gastrointestinal y oral, y que por su fácil acceso y sus características semiológicas se presta para un diagnóstico clínico sencillo. Del grupo de las glositis, la lengua geográfica es la que presenta mayor tendencia a asociarse con eczemas del tipo seborreico, atópico y psoriasis; en esta última, como uno de los 4 tipos de manifestaciones en cavidad oral, según J.J. Pindburg.<sup>16</sup>

Los hallazgos obtenidos en el estudio sugieren la presente relación encontrada entre atopia, psoriasis y glositis.

Se logró establecer además una asociación directa entre glositis y acné, así como melanoplaquia y acné. Todos los pacientes estaban ingiriendo tetraciclinas, lo que demuestra la estrecha relación entre causa-efecto, sustentada por los reportes bibliográficos hechos por Paul Chu, Shirley y Col, 12 así como Brian

D. Zelichon, y Col,<sup>3</sup> en donde las tetraciclinas, en especial la minociclina, puede producir melanosis en piel en sus 3 tipos diferentes, así como pigmentación en tiroides, hueso, uñas, dientes y mucosas. En esta última la forma de erupción fija a drogas, ya que los hallazgos histológicos muestran solamente cambios post inflamatorios y alteraciones pigmentarias con pequeños focos de dermatitis vacuolar de interfase.<sup>17</sup>

El diagnóstico de Cándida oral se estableció en todos aquellos pacientes que tenían el hábito del tabaquismo por un período mayor de 10 años, considerándolo como un factor predisponente de dicha patología, relacionada con el tiempo de consumo.

Dicha asociación parece deberse al efecto que tiene el tabaco en la mucosa oral, donde produce un aumento de la placa dental y alteración de la microflora normal predisponiéndola a ser invadida por la Cándida.<sup>18</sup>

Los resultados obtenidos en este estudio permitieron sugerir una posible asociación entre enfermedades dermatológicas con manifestaciones orales y ya que la cavidad oral tiene un gran valor semiológico, es mandatorio entonces realizar un examen clínico completo en todos los pacientes, lo que para el dermatólogo debe de representar los conocimientos básicos en el área estomatológica, dejando entrever que los programas con entrenamiento en dermatología y estomatología se hacen necesarios.

Por otra parte, se plantea la necesidad de realizar otros estudios analíticos para demostrar si esta asociación es o no significativa.

#### **AGRADECIMIENTOS**

A la doctora Josefina Lopera J. por su colaboración en el análisis del estudio y al señor Jorge Mario Gaviria por su soporte en la sistematización.

#### **SUMMARY**

An observation, clinical, descriptive study was carried out in order to determine the frequency of oral lesions in the patients who attended the Dermatology service at the Instituto de Ciencias de la Salud (C.E.S.) between April and August in 1994.

A total of 3557 patients were evaluated during this time, all of which went through a complete physical examination. Those who presented some kind of oral manifestation, filled out a questionaire and were sent to the Department of Stomatology of the same center.

• ral lesions were present in 84 patients (2.4%). The most frequent diagnosis was glossitis (23,7%), followed by Fordyce's condition (15.8%), melanosis (10.5%), candidiasis (9,2%), fibroepithelial hyperplasia (7,9%) and cheilitis and aphtae (6,6%).

Some kind of association between skin and oral manifestations was found in 26 patients (33.3%).

This results allow us to suggest that due to the frequency of oral lesions in the patients with dermatological diseases, it is mandatory to make a complete stomatologic examination in those patients.

Key words: Skin, Oral mucosa.

#### **BIBLIOGRAFIA**

- 1. Gallagher GT. Biology and pathology of oral mucosa. In Fitzpatrick TB, Eisen AZ, Wolf K et al. ed. Dermatology in General Medicine. 4a. ed. McGraw Hill Inc. 1993;
- 2. Shafer WG, Levy BM. Tratado de Patología bucal. 4a ed. México. Nueva Editorial Interamericana. 1986.
- 3. Disorders of Mucous Membrans. In Dermatologic Clinics. WB Saunders Company. Philadelphia 1987. Vol. 5 No. 4.
- 4. Scully C. The Oral Cavity, In Champion Rh, Ebling FJ. Ed. Textbook of Dermatology. 5a. ed. Oxford. Balcwell Scientific Publications. 1992 pp 2689-2760.

  5. Kwon-Chung KJ, Benett JE. Medical Mycology. Ed. Lea & Febiger. 1992 pp 201-248.

- 6. Montenegro M, Franco M. Patología. En: Franco M, Dasilva C, Restrepo A. Paracoccidiodomicosis. Ed. CRC Press. Florida 1994 pp 151-186.
  7. Carranza FA. Peridoncia Clínica. 5a. Ed. México. Ed. Interamericana. 1992 pp 15-186.
- 8. Tyidsley WR. Atlas Colorido de Medicina Oral. Ed. Celbrasil. S. Paulo 1978.
- 9. De las Aguas JT. Lecciones en Leprología. Valencia. 1973 pp 215-225.
- 10. Greenspan D, Grenspan J. Oral Manifestations of HIV Infection. In: Thiers BH ed. Dermatologic Clinics. WB Sauanders Company. Philadelphia. 1991 pp 517-522.
- 11. Walton BC. American Cutaneous and Mucocutaneous Leishmaniasis in the Leishmaniasis. 1987. London pp 637-664.
- 12. Botero D, Restrepo M. Parasitosis Humanas. 1a ed. Ed. CIB. 1984. Medellín pp
- 13. Bathelmy H, Chouvet B, Cambazard F. Sikin and Mucosal Manifestations in Vitamin Deficiency. J Am Acad Dermatol 1986; 15: 1263-1274.
- 14. Hendrix JD, Keneth G. Cutaneous Hiperpigmentation Caused by Sistemic Drugs. Int J Dermatol. 1992; 7: 458-463.
- 15. Koch SE, Le Boit PE, Odom RB. Laugier-Hunziker Synddrome. J Am Acad Dermatol. 1987; 16: 431-434.
- J PindBorg, Atlas de Enfermedades de la Mucosa Oral. 4a. ed. España. Salvat. 1986.
   Paul Chu, Shirley L. Van et al. Minocylcline Hiperpigmentation Localized to the Lips: An Usual Fixed drug reaction?. Jour-Ac Dermatol 1994 May; 30(5): 802-803.
- 18. Jan Bergstrom and Hans Preber. Tobacco Use as a Risk Factor. Jour-Periodontology. 1994 May; 65(5): 545-550.

## **MINICASOS**

# LIQUEN AUREUS

Castaño, Olga Lucía Cadavid Peña, Julián León Herrera, Walter

#### RESUMEN

El Liquen Aureus es una enfermedad que se clasifica dentro del grupo de las púrpuras pigmentarias, hasta ahora no se ha podido explicar un mecanismo exacto para su aparición, pero muchos se han postulado, desde variantes anatómicas en los capilares comprometidos hasta problemas inmunes y metabólicos de las células endoteliales. Presentamos el caso de una mujer de 30 años la cual se presenta a consulta con un cuadro clínico e histopatológico de Liquen Aureus y hacemos una revisión de la bibliografía.

#### HISTORIA CLINICA

Mujer de 30 años de edad, auxiliar de laboratorio clínico. Consulta por cuadro de 8 meses de evolución, consistente en la aparición de placas de color pardo en antebrazo derecho, asintomáticas (Fig. No. 1). No hay antecedente de trauma ni de ingestión de drogas. Tratamiento con esteroides tópicos sin respuesta hasta el momento de la consulta.

#### Histopatología

Acantosis y paraqueratosis leves; capa de células basales conservada; denso infiltrado linfohistiocitario; capilares dilatados y congestivos. Existe una banda subyacente a la epidermis libre de infiltrado. Coloración con Azul de Prusia positiva (Figs. Nos. 2, 3 y 4).

#### DISCUSION

El Liquen Aureus fue descrito por Martin en 1958 y acuñado por Calnan en 1960.1 Se clasifica dentro de las púrpuras pigmentarias por el aspecto clínico y por sus características histológicas. Se presenta como placas de color pardo o purpúricas, asintomáticas, que pueden aparecer en cualquier área anatómica.3 Hay reportes de erupción con un patrón zosteriforme. Las placas tienden a persistir por años y no responden a tratamientos tópicos, aunque puede haber mejoría con esteroides tópicos.

Olga Lucía Castaño, Julián Cadavid Peña, Walter León Herrera Instituto de Ciencias de la Salud C.E.S. Medellín.



Fig. No. 1.

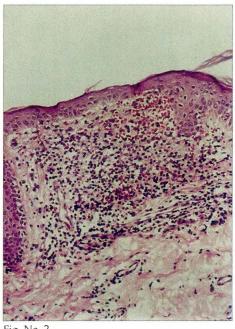


Fig. No. 2.

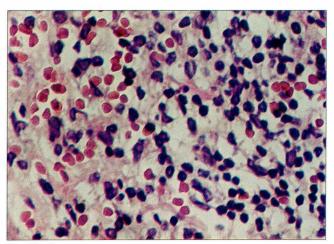


Fig. No. 3.

No se conoce la causa y se ha tratado de explicar la ocurrencia de las lesiones por un aumento en la presión dentro de los vasos dérmicos, secundario a incompetencia valvular de las perforantes subyacentes a las lesiones y por anomalías anatómicas, con la consiguiente extravasación de eritrocitos hacia la dermis y el depósito y tatuaje por la hemosiderina que no desaparece debido a la persistencia de la condición inicial; 4.5 esta teoría ha sido cuestionada por Wilkin y Shelley, 6.7.8.9 argumentando que este factor es sólo uno de los muchos posibles en la aparición del liquen aureus, y no se podría aceptar como causa única en la aparición de la entidad en el tórax y en las extremidades superiores; además, dada la alta incidencia de incompetencia de las venas perforantes, cabría esperar una mayor ocurrencia de liquen aureus.

Ryan en 1976, observó que los capilares en el sitio de las erupciones purpúricas presentaban elongación e incurvación mayor, lo que los hace más vulnerables a la acción de trauma físico, complejos inmunes y crioglobulinas.

Waisman destaca como hallazgo esencial y obvio de los púrpuras la fragilidad capilar aumentada en el sitio lesionado. Davis y Lawer demostraron dilataciones aneurismáticas en los capilares de plejos vasculares superficiales, visibles clínicamente como puntos rojos.

La fragilidad capilar aumentada probablemente resulta de un mosaico de defectos en el desarrollo hemodinámico de los capilares, daño mecánico al endotelio y compromiso metabólico de las células endoteliales.

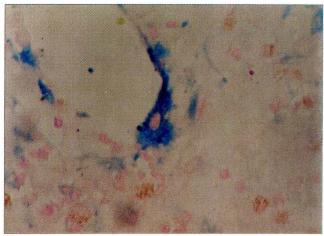


Fig. No. 4.

#### **SUMMARY**

Lichen Aureus can be classified as a purpuric pigmented eruption. There is no agreement so far in the pathogenic mechanisms but it has been postulated that it can be caused by some vascular disturbances mainly some anatomical defects but it also can be due to immunological and metabolical failures. We report a 30-year-old-woman who presented with typical clinical and histological findings of Lichen Aureus, and review the publications so far written.

Key Words: Lichen Aureus, Pigmented Purpuric Eruption.

#### **BIBLIOGRAFIA**

- 1. Calnan C. D. LICHEN AUREUS Royal Soc of Med. 1960; 373-374.
- 2. Waisman, M. LICHEN AUREUS Arch Derm. 1976; 112: 696-697
- 3. Kavipurapu, V. et al. PURPURA SIMPLEX (INFLAMATORY PURPURAWITHOUT VASCULITIS): A CLINICOPATHOLOGIC STUDY OF 174 CASES. J Am Acad Dermatol. 1991; 25: 642-647.
- 4. Shelley, W. et al. LICHEN AUREUS: A HEMOSIDERIN TATTOO ASSOCIATED WITH PERFORATOR VEIN INCOMPETENCE. J Am Acad Dermatol. 1984; 11: 260-264. 5. Reinhardt, L. et al. VASCULAR ABNORMALITIES IN LICHEN AUREUS. J Am Acad Dermatol. 1983; 8:417-420.
- 6. Wilkin, J. LICHEN AUREUS (Carta) J Am Acad Dermatol. 1985; 12: 124.
- 7. Shelley, W. et al. LICHEN AUREUS (Respuesta) J Am Acad Dermatol. 1985; 12: 125.
- 8. English, J. LICHEN AUREUS (Carta). J Am Acad Dermatol. 1985; 12: 377-378. 9. Wilkin, J. LICHEN AUREUS (Respuesta). J Am Acad Dermatol. 1985; 12: 378-379.
- 10. Price,M. et al. LICHEN AURES A LOCALIZED PERSISTENT FORM OF PURPURIC DERMATITIS. Br J Dermatol 1985; 112: 307-314.
- 11. Bleicher, P. et al. LICHENOID DERMATOSIS AND RELATED DISORDERS, J Am Acad Dermatol. 1990; 22: 671-675
- 12. Kossard,S et al. LICHEN AUREUS OF GLANS PENIS AS AN EXPRESSION OF ZOONS BALANITIS. J Am Acad Dermatol 1989; 21: 804-806.

# **QUEILITIS GRANULOMATOSA Informe de un Caso en la Infancia**

Velásquez Zapata, Gloria Elena Restrepo Gutiérrez, Susana

#### **RESUMEN**

Se presenta un caso de Queilitis Granulomatosa en un niño de 11 años, con crecimiento del labio superior y compromiso de la piel submentoniana, de dos años de evolución, sin antecedente de parálisis facial, ni lengua fisurada, así como tampoco compromiso sistémico. El estudio histológico demostró granulomas epitelioides con células gigantes tipo Langhans e infiltrado inflamatorio periglandular. El cuadro clínico cedió con el uso de clofazimine.

**Palabras Clave:** Queilitis granulomatosa, Granulomas epitelioides, Clofazimine.

#### INTRODUCCION

La Queilitis Granulomatosa, llamada también Síndrome de Miescher,<sup>3</sup> es una forma oligosintomática del Síndrome de Melkersson Rosenthal (edema y parálisis facial acompañado de lengua fisurada); fue descrita por Melkersson en 1928,<sup>1</sup> consistente en edema recurrente o persistente de cara, estando afectados en orden de frecuencia el labio superior, el inferior y las mejillas.<sup>3</sup>

Su etiología es desconocida pero se ha atribuido a una disfunción del sistema autonómico de la cara, a focos infecciosos crónicos, sensibilidad a las comidas u obstrucción linfática.<sup>1</sup>

Los hallazgos histopatológicos son diagnósticos;<sup>2</sup> debe diferenciarse de angioedema, sarcoidosis y manifestaciones orales de enfermedad de Crohn, entre otras.

Han sido recomendados múltiples tratamientos.<sup>2, 3, 4</sup>

#### HISTORIA CLINICA

Se presenta el caso de un niño de 11 años procedente de Ituango, Antioquia, quien consultó en noviembre de 1992 por cuadro de tres meses de evolución de edema intermitente del labio superior y múltiples adenopatías submaxilares.

Gloria Elena Velásquez Zapata, Residente III Dermatología, Universidad de Antioquia

Susana Restrepo Gutiérrez, Patóloga Servicio de Dermatología, Universidad de Antioquia.

Correspondencia: Gloria Elena Velásquez Zapata, Calle 64 No. 51-154 Teléfono: 263-76-67, Hospital San Vicente de Paul, Medellín.

Al examen físico se encontró el lado izquierdo del labio superior engrosado con consistencia cauchosa, acompañado de eritema e induración de la piel submentoniana, (Fig. No. 1) así como adenopatías submaxilares, pequeñas, blandas, móviles, no dolorosas. El resto del examen físico fue normal.

Exámenes de laboratorio: Normales, incluyendo radiografía de tórax. La tuberculina fue negativa lo mismo que el directo y cultivo para hongos.

#### Histopatología

En las biopsias tomadas del labio superior y piel submentoniana se observó: Hiperqueratosis con paraqueratosis focal y acantosis irregular. En el dermis superior, abundante infiltrado inflamatorio mononuclear difuso; debajo de lo anterior granulomas epitelioides con células gigantes tipo Langhans. En el dermis profundo, infiltrado inflamatorio linfocitario periglandular (Fig. No. 2). Las coloraciones de Z-N y plata metenamina fueron negativas para BAAR y hongos respectivamente. Con el diagnóstico de Queilitis Granulomatosa, se inició tratamiento con clofazimine 100 mgr. V.O. al día durante dos meses, con resolución de su cuadro clínico.

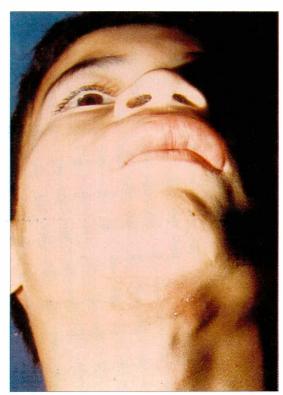


Fig. No. 1.

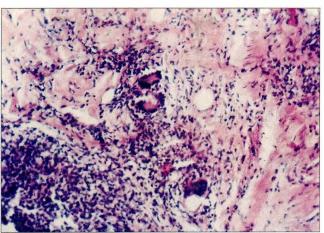


Fig. No. 2.

#### **COMENTARIOS**

La Queilitis Granulomatosa es el rasgo diagnóstico del Síndrome de Melkersson Rosenthal; los otros dos componentes: parálisis facial y lengua fisurada, están presentes en la tercera parte de los pacientes.1.4

El síndrome puede acompañarse de síntomas constitucionales y en 50% de los casos puede haber adenomegalias.3

Se presenta en ambos sexos y es casi exclusiva de la raza blanca.1

Se han implicado varias etiologías, entre ellas una alteración del sistema nervioso autonómico que lleva a un aumento de la permeabilidad vascular y edema.

El hallazgo histológico de granulomas epitelioides no caseificantes con células gigantes multinucleadas en un tejido conectivo edematoso e infiltrado linfoplasmocitario perivascular son diagnósticos.

Se han utilizado múltiples tratamientos como cloroquina, sulfas, tetraciclinas, antihistamínicos, esteroides tópicos y sistémicos, clofazimine y la radioterapia.4 En los casos que no mejoran se ha recomendado la queiloplastia con infiltraciones de esteroides intralesionales. 2. 3.

Algunos pacientes han hecho regresión espontánea de su cuadro varios años después de su iniciación.

Nuestro paciente presentó compromiso clínico característico de queilitis granulomatosa sin los otros dos componentes ni compromiso sistémico. Su diagnóstico se confirmó mediante estudio histopatológico y tuvo muy buena respuesta clínica al tratamiento médico sin recidiva hasta la actualidad, demostrando al igual que lo descrito en la literatura, que el clofazimine es una buena alternativa terapéutica para estos pacientes.

#### SUMMARY

A boy with Granulomatous Cheilitis is reported here. His disease began two years earlier with persistent lymphoedema of his upper lip and submental skin. There was neither facial palsy nor fissured tongue.

The biopsy revealed epithelioid granulomas with Langhans' cells and periglandular chronic infiltrates. There was a good response to clofazimine.

#### **BIBLIOGRAFIA**

- 1. P. Mechele Williams and Martin S. Greenberg. Manegement of Cheilitis Granulomatosa. Oral Surgery, Oral Medicine and Oral Pathology. Volume 72, Number 4. October 1991 pp 436-439.
- Rook AJ, Wilkinson JD, Ebling FJ. Text book of Dermatology. The Oral Cavity Oral Manifestations of Systemic Diseases. Oxford Blackwell Scientific Publications 5a ed 1992 No. 4 pp 2767-2768.
- 3. Bourgeois-Droin, Havard S, Granier F, et al. Granulomatous Cheilitis in two children with sarcoidosis. J Am Acad Dermatol. 1993 Nov; 29(5 pt 2): 822-824.
- 4. Winnie R, Deluke DM. Melkersson-Rosenthal syndiome. Review of literature and case report. Int J Oral Maxillofac Surg. 1992 Apr; 21(2): 115-117.

  5. Glickman LT. Gruss JS, Bert BD, et al. The Surgical Management of Melkerson-Ro-
- senthal Syndromé. Plast Reconstr Surg. 1992 May; 89(5): 815-821.

# PAQUIONIQUIA CONGENITA Reporte de un Caso Familiar

Jiménez Tamayo, Sol Beatriz Vallejo Ochoa, José Vicente León Herrera, Walter

#### **RESUMEN**

La Paquioniquia Congénita es una entidad poco frecuente, transmitida de forma autosómica dominante, caracterizada por distrofia ungueal, hiperqueratosis de palmas y plantas, asociada a desórdenes de la queratinización.

Se reporta el caso de una paciente con una historia familiar de paquioniquia congénita que cubre tres generaciones.

Palabras Clave: Paquioniquia Congénita.

#### INTRODUCCION

La paquioniquia congénita o enfermedad de Jadassohn - Lewandowsky es una entidad rara transmitida de forma autosómica dominante, producto de dos genes adyacentes, con penetración incompleta; sin embargo, una forma autosómica recesiva ha sido recientemente descrita. Está caracterizada por distrofias ungueales (100%), patognomónicas de la enfermedad, tienden a involucionar con la edad y se pueden encontrar solas o asociadas a otras manifestaciones, como: hiperqueratosis palmo-plantar (62%); leucoqueratosis de las membranas mucosas (60.2%); queratosis folicular (36.9%) e hiperhidrosis en palmas y plantas (19.8%); dientes neonatales (15.6%) y perinatales, adelgazamiento del pelo o alopecia (2.4%); quistes epidérmicos con milia y disqueratosis corneal ocasionalmente asociada a cataratas (7.8%).

El primer caso fue reportado en 1904. En 1943 los síntomas clínicos de la entidad fueron agrupados por Ormsby y Montgomery, quienes incluyeron además el nevus blanco esponjoso congénito, la queilitis angular asociada a infecciones recurrentes por cándida con defecto inmunológico y lesiones laríngeas que pueden causar alteraciones respiratorias agudas. Se ha asociado al cariotipo 43 XY9: ocasionalmente con hidradenitis supurativa, sebocistomatosis (5.4%), linfedema, esclerosis tuberosa, amiloidosis cutánea e hiperpigmentación, vitiligo, depresión, esquizofrenia, infección sistémica por herpes simple,

Sol Beatriz Jiménez Tamayo, Dermatóloga Docente C.E.S., Medellín José Vicente Vallejo Ochoa, Estomatólogo-Cirujano Oral Docente C.E.S., Medellín Walter León Herrera, Patólogo Docente C.E.S., Medellín Apartado aéreo 5461 Medellín - Colombia.

migraña, diabetes mellitus, epilepsia, polidactilia, microcefalia y síndrome de Lesch-Nyhan y enfermedad de Kyrle. La asociación de paquioniquia congénita y retardo mental es poco clara. Se sugiere la presencia de lesiones ectodérmicas fetales que afectan la piel y el sistema nervioso central. La enfermedad afecta a ambos sexos por igual, sin predilección por grupos étnicos, aunque se ha reportado mayor incidencia en judíos y yugoeslavos.

Han sido propuestas múltiples clasificaciones para esta entidad como las sugeridas por Kumer y Loos, Schonfeld y Sivasundramm. Esta última, cita cuatro tipos subdivididos de la siguiente manera:

Tipo A: Hipertrofia ungueal con hiperqueratosis palmoplantar y queratosis folicular.

Tipo B: Hipertrofia ungueal y leucoqueratosis con hiperqueratosis palmoplantar menos severa.

Tipo C: Dientes neonatales, hipertrofia ungueal moderada, hiperqueratosis palmoplantar moderada.

Tipo D: Pigmentación macular de cuello y axilas, hiperqueratosis moderada de uñas e hiperqueratosis palmoplantar.

Los hallazgos histológicos en el lecho ungueal se caracterizan por hiperqueratosis, ausencia de la capa granular, infiltrado linfohistiocitario moderado en dermis papilar y vesículas plantares de localización intraepidérmica. Las lesiones orales muestran engrosamiento del epitelio oral con vacuolización intracelular extensa.

En las lesiones de piel, donde es observada la disqueratosis, el compromiso ocurre alrededor del folículo piloso, con presencia de paraqueratosis, acantosis y elongación de la red de crestas y en dermis un infiltrado perivascular a expensas de linfocitos, mastocitos y células plasmáticas.

#### HISTORIA CLINICA

Se reporta el caso de una paciente de tres años de edad, sexo femenino, producto del primer embarazo, natural y residente en Medellín, quien consultó por presentar alteraciones en las veinte uñas que se hicieron más evidentes a partir del cuarto mes de vida; tenía en forma concomitante múltiples quistes de milium en cara, sin ninguna otra condición patológica asociada. Dentro de sus antecedentes personales la paciente presentó dientes neonatales. Hace parte de grupo familiar conformado por dos hijos: su hermana, madre, tías y abuela presentaban la mismas alteraciones ungueales. Al examen físico mostraba distrofia ungueal generalizada, consistente en hiperqueratosis subungueal en manos, que comprometía



Fig. No. 1. Hiperqueratosis subungueal. Paquinoquia y coloración amarrilla de las láminas ungueales, que compromete especialmente los primeros artejos.



Fig. No. 3. Uña. Lámina irregular, fragmentada, hiperqueratosis con paraqueratosis. acantosis marcada y acúmulo linfohisticoitarios en dermis (H-E

especialmente el borde libre, acompañado de restos queratóticos amarillentos, haciendo que la lámina se proyectara hacia arriba. En las uñas de los pies el compromiso se extendía a toda la lámina ungueal.

Presencia de múltiples quistes de milium en región infraorbitaria de forma bilateral. El resto del examen físico y mental fue normal.

El estudio histopatológico de la lámina ungueal mostró: hiperqueratosis marcada con paraqueratosis, moderada acantosis y granulosis y un infiltrado inflamatorio leve en dermis.

#### **COMENTARIOS**

La paquioniquia congénita es una enfermedad autosómica dominante con alto grado de penetración, como el caso de esta paciente, donde el compromiso se extiende a tres generaciones sucesivas.

Las alteraciones ungueales tienden a involucionar con la edad en la mayoría de los casos, pudiendo persistir una leve hiperqueratosis distal asociada a queratodermias palmoplantares de



Fig. No. 2. Mano del mismo paciente con hiperqueratosis subungueal y engrosamiento distal de las láminas.

aparición más tardía; estas manifestaciones fueron más evidentes en la madre, la cual mostraba láminas ungueales con ligera pigmentación, pero con una queratodermia plantar más acentuada.

Las manifestaciones clínicas del caso reportado lo ubican en el tipo C de la clasificación citada, donde las alteraciones se limitan al compromiso de la cavidad oral y ungueal.

#### **SUMMARY**

Pachyonychia Congenita is a rare disease, with autosomal dominant inheritance, characterized by nail dystrophy, hyperkeratosis of the palms and soles, assocciated to disorders of keratinization

This is a report of one case with familial history of Pachyonychia Congenita in three generations.

#### **BIBLIOGRAFIA**

- 1. Benjamin B, Parsons DS, Molloy HF. Pachyonychia congenita with laryngeal involvement. Int J Pediatr Otorhinolaryngol 1987 Aug; 13(2): 205-209.
- 2. Bondeson J. Pachyonychia congenita. A historical note. Am J Dermatopathol. 1993 Dec; 15(6): 594-599.
- 3. Brack M, Klensang H. Pachyonychia congenita like disorder in cotton top tamarins (sanguinus oedipus). J Medical Primatol. 1991 Oct; 20(8): 294-401.
- 4. Clementi M, Cardin de Stefani E, Dei Rossi, Awenti V, Teconi R. Pachyonychia congenita Jackson Lawler type: A distinct malformation syndrome. Br J Dermatol. 1986 Mar; 114(3): 367-370.
- Feinstein A, Friedman J, Schewach Millet M. Pachyonychia congenita. J Am Acad Dermatol. 1988 Oct; 19(4): 705-711.
- Fietzgerald BJ, Sanders LJ. Pachyonychia congenita. A four generation pedigree. Cutis. 1990 Nov; 46(5); 435-439.
- 7. Gómes Vargas F. Paquioniquia congénita de Jadasshon Lewandowski. Una alternativa. Revista de la Sociedad Colombiana de Dermatología. 1992 Mayo; 1(4): 170-173.
- 8. Hersh SP. Pachyonychia congenita. Manifestations for the otolaryngologist. Arch Otolaryngol Head Neck Surg. 1990 Jun; 116(6): 732-734.

  9. Iraci S, Bianchi L, Gattis S, Carrozo AM, Bettini D, Nini G. Pachyonychia congenita
- Iraci S, Bianchi L, Gattis S, Carrozo AM, Bettini D, Nini G. Pachyonychia congenita with late onset of nail dystrophy - a new clinical entity? Clin Exp Dermatol. 1993 Sep; 18(5): 478-480.
- 10. Paller AS, Moore JA, Scher R. Pachyonychia congenita tarda a late onset form of Pachyonychia congenita. Arch Dermatol. 1991 May; 127(5): 701-703.
- 11. Rohold AE, Brandrup F. Pachynochia congenita therapeutic and inmunologic aspects. Pediatrics Dermatol. 1990 Dec; 7(4): 307-309.
- 12. Su Wp, Chun SI, Harnond DE, Gordon H. Pachyonychia congentia: A clinical study of 12 cases and review of the literature. Pediatric Dermatol. 1990 Mar; 7(1): 33-38.
- 13. Tidman MJ, Wells RS, MacDonald DM. Pachyonychia congentia con amyloidosis and hiperpigmentation A distinct varian. J Am Acad Dermtol. 1937 May; 16(5 pt 1): 935-940

# ENFERMEDAD DE DARIER-WHITE Presentación de una Familia

Pérez, María Mercedes; Correa, Alvaro; Fuentes, Jairo; De León, Lesbia; Pérez, Jesús; Pérez, Mario; Romero, Oscar; Mozo, Javier

#### **RESUMEN**

Presentamos una familia con cinco miembros afectados en forma generalizada, por pápulas cubiertas por escamocostras pardas, queratodermia plantar, mutilaciones en ambos pies y onicodistrofia total.

Con base en la clínica, antecedentes familiares y biopsias se hizo diagnóstico de enfermedad de Darier-White, iniciándose tratamiento con etretinato 1 mg/kg día, obteniéndose notable mejoría clínica.

Palabras Clave: Enfermedad de Darier autosómica dominante, Etretinato.

#### INTRODUCCION

La enfermedad de Darier-White es una genodermatosis de herencia autosómica dominante con penetrancia incompleta y expresividad variable, en la que existe un desorden de la queratinización debido a alteraciones del complejo tonofilamentos-desmosomas.

Clínicamente presenta pápulas queratósicas cubiertas de costras pardas, las cuales tienen predilección por las áreas seborreicas, pudiendo coalescer para formar placas verrucosas, papilomatosas y malolientes. El compromiso de las palmas y plantas va desde escasas queratosis punteadas, hasta una queratodermia plantar severamente incapacitante.<sup>1</sup>

En las mucosas, un 15% de los pacientes presentan pápulas blanquecinas con imagen en empedrado en paladar, lengua, mucosa, oral y otras superficies mucosas.

María Mercedes Pérez, Médica Dermatóloga, Docente adjunto de Dermatología, Universidad del Norte, Barranquilla,

Alvaro Correa, Médico Dermatólogo, Docente adjunto de Dermatología, Universidad Libre, Barranquilla.

Jairo Fuentes, Médico Dermatólogo, Docente adjunto de Dermatología,

Lesbia de León, Médica Dermatóloga, Docente adjunto de Dermatología, Universidad Libre, Barranquilla.

Jesús Pérez, Patólogo Docente adjunto de Patología Universidad Libre, Barranquilla

Mario Pérez, Estudiante de Medicina Oscar Romero, Estudiante de Medicina lavier Mozo, Estudiante de Medicina.

Universidad Libre, Barranguilla.

Las alteraciones ungueales suelen ser la primera manifestación. Consisten en bandas longitudinales blancas y eritematosas con escotadura en forma de V en el borde libre, hiperqueratosis subungueal y onicodistrofia total.

Se han reportado cambios quísticos óseos.<sup>2</sup> Las alteraciones mentales no siempre están presentes y no es posible concluir que el gen de la enfermedad sea el responsable de la anormalidad mental.3

En el cuero cabelludo las costras simulan seborrea, siendo la alopecia excepcional. Pueden existir numerosas máculas pequeñas de leucodermias en el tronco y las extremidades.

Este es un padecimiento crónico, iniciado en la primera o segunda décadas de la vida, con exacerbaciones frecuentes tras la exposición solar y elevada incidencia de infecciones por herpes, piógenas y micóticas.<sup>5</sup>

El cuadro histológico es:

- 1. Fisura o laguna suprabasal con células acantolíticas disqueratósicas libres en su interior.
- 2. Cuerpos redondos en el estrato granuloso y granos en la capa córnea.
- 3. Proliferación irregular de papilas revestidas por una capa única de células basales.
- 4. Acantosis e hiperqueratosis.6

El tratamiento consiste en evitar la exposición solar, emolientes tópicos, queratolíticos. En los casos graves es eficaz el etretinato 0.5-1 mg/kg día.7

#### HISTORIA CLINICA

#### Paciente No. 1

Madre, 54 años de edad. Dermatosis eritrodérmica con pápulas hipertróficas descamativas, color marrón sucio, malolientes que coalescen en placas y son asintomáticas; onicodistrofia total sin queratodermia (Fig.

#### Paciente No. 2

Hija, 33 años. Dermatosis generalizada constituida por pápulas descamativas con áreas hipertróficas, papilomatosas, fisuradas, sobreinfectadas; úlcera tórpida de 5 años de evolución en dorso de pie derecho; onico-



Fig. No. 1.

distrofia total. Mutilación de dedos de pies e imposibilidad para deambular (Fig. No. 2).

#### Paciente No. 3

Varón. 30 años. Pápulas cubiertas de escamocostras pardas, generalizadas; severa onicodistrofia; resorción metataorsofalángica con pie en cubo; no deambula.

#### Paciente No. 4

Mujer. 27 años. Pápulas hipertróficas escamocostrosas que comprometen todo el tegumento; onicodistrofia total. Queratodermia plantar severa con mutilación de dedos e imposibilidad para la marcha.

#### Paciente No. 5

Varón. 22 años. Compromiso leve de piel y faneras, en forma diseminada por pápulocostras con queratosis subungueal. Queratodermia plantar leve.

En todos, las lesiones se inician en la niñez. Son asintomáticas, no hay alteraciones neuropsiquiátricas; el nivel intelectual es normal. La enfermedad les impide una relación social adecuada.

#### Histopatología

Piel con severa hiperqueratosis y papilomatosis; epidermis con formación de extensas hendiduras suprabasales (lagunas) por acantolisis, con papilas dérmicas que se proyectan hacia las hendiduras revestidas por una capa de células (vellosidades). Presencia de frecuentes cuerpos redondos en la capa granular y gránulos en la capa córnea (Fig. No. 3). Dentro de las

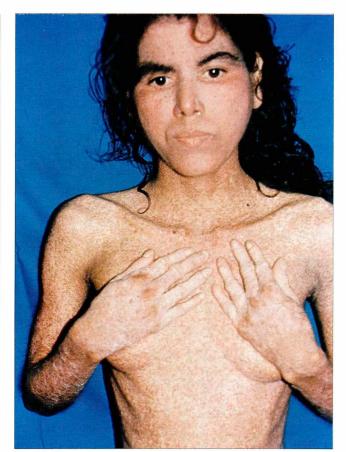


Fig. No. 2.



Fig. No. 3.

María Mercedes Pérez, Alvaro Correa, Jairo Fuentes, Lesbia de León, Jesús Pérez, Mario Pérez, et al.

hendiduras se observan células acantolíticas descamadas. Escasos linfocitos y melanófagos perivasculares en dermis superficial.

DIAGNOSTICO: "Dermatosis acantolítica intraepidérmica suprabasal: Enfermedad de Darier".

#### Descripción de la Terapia

Con base en el diagnóstico histológico, y previa mejoría de las complicaciones infecciosas, se inició tratamiento con etretinato 1 mg/kg día, obteniéndose marcada mejoría, sin que hasta la fecha se hayan presentado efectos secundarios.

#### **COMENTARIOS**

En esta familia se demuestra la herencia autosómica dominante de la enfermedad.

Nuestros pacientes presentaron un compromiso severo del tegumento con lesiones papulosas cubiertas de escamocostras que les confieren un aspecto sucio; ésto, junto a la querato-dermia plantar con mutilaciones de las falanges, hiperqueratosis ungueal con onicogrifosis y la atrofia músculo-esquelética severa, les imposibilitan la marcha y las relaciones socioafectivas.

Ningún paciente presenta lesiones mucosas o alteraciones neuropsiquiátricas. Las infecciones bacterianas y las exacerbaciones tras la exposición solar son frecuentes, factores agravados por el lugar donde residen y sus condiciones socioeconómicas. La respuesta de estos pacientes a los retinoidos ha sido buena con pocos efectos indeseables.

#### **SUMMARY**

We present five membres of the same family affected by generalized brown papules with scaly crust, plantar keratodermia and total nail dystrophy. Based on the clinic and histologic features and the family history, we made the diagnosis of Darier's disease and started treatment with etretinaate at 1 mg/kg day with significant improvement in the condition.

#### **BIBLIOGRAFIA**

- 1. Cohen IK, Kraemer KH, Peck GL. Cornifying Darier's disease. A unique variant. Arch Dermatol 1976; 112: 504-506.
- 2. Arabi K, Girardin C, Bernadat JP, et al. Les lesinos asseuses existent-elles dans la maladie de Darier. Nouv Dermatol 1989; 8: 313-314.
- Susan M Burge et al. Darier-White discase: A review of the clinical features in 163 paatients. Am Acad Dermatol 1992; 27: 40-50.
- 4. Jacrk WK. Leucodermia macules in keratosis follicularis. Int J Dermatol 1992 Oct; 31(10)
- 5. Fitzpatrick. Textbook. 1988. Tomo 1.
- 6. Lever NF Schaumburg, Lever G. Histopatology of the skin. 1990: 68-69.
- 7. American Academy of Dermatology. Retinoids Present and Future. December 1992.



Descripción: Cada g de crema ELOCOM al 0.1% contiene 1 mg de furoato de mometasona.

Cada g (para loción) de ELOCOM al 0.1% contiene 1 mg de furoato de mometasona.

Indicaciones y usos: La crema y loción ELOCOM al 0.1% están indicadas para el tratamiento de las manifestaciones inflamatorias y prurificas de las dermatosis cortícosusceptibles. La loción puede aplicarse a las lesiones del cuero cabelludo y demás áreas pilosas y extensas del cuergo.

Posología y Administración: Debe aplicarse una capa fina de crema ELOCOM al 0.1% en las áreas cutáneas alectadas una vez al día. Se deben aplicar unas gotas de ELOCOM loción una vez al día en las áreas cutáneas afectadas, masaigar suave y profundamente hasta desaparecer la loción. La crema y la loción ELOCOM al 0.1% están contraindicadas en pacientes sensibles al furoato de mometasona a otros corticosteroides o a cualquier componente de estas preparaciones, en infecciones virales tipo herpes simple, zoster, varicela y en procesos tuberculosos de la piel.

Precauciones: En irritación o sensibilización con ELOCOM debe suspenderse el producto e instituirse el tratamiento adecuado. En infecciones micóticas y bacterianas debe instituirses el uso de un agente antibacteriano apropiado. En niños lactantes y mennores de 2 años.

Presentaciones: Crema tubo con 15 g (Reg., No. M-010864 M.S.)

Loción: Frasco x 30 ml (Reg. No. M-011679 M.S.)

Referencias:

1. Medansky R.S. et al. Mometasone furoate ointment and cream 0.1% in the treatment of Psoriasis Comparison with ointment and crema formulation of flucionolone acetonide 0.25% and triamcinolone acetonide 0.1%. Cutis 42: 480-485. November 1988.

480-485. November 1988.

2. A bilateral paried -comparison study of ELOCOM ointment 0.1% and Betamethasone valerate ointment 0.1% in atopic dermattitis C84-020-01. Data on file Scheing Corporation U.S.A..

3. Bressinck et al. Comparison of the effect of mometasone furoate ointment 0.1% and hidrocortisone ointment 0.1% on adrenocortical funtion in psoriasis patients. Today's Ther trends 5: 25-34. 1988.

4. Symposiium Reporter. Munich Oct. 1992.

5. Inhibición de citokinas por un nuevo esteroide Furoato de Mometasona Bervely E, Baron James P, Jakway Sidney R, Smith y Marvin I Siegel. Inmunopharmacology and Inmunotoxicology 1991: 13(3): 251-261.





BLOQUEA EL 98% DE LA RADIACION O EXCLUSIVO FACTOR DE PROTECCION SPF 45 • A PI SO EN NIÑOS Y ADULTOS AMPLIO ESPECTRO (BLOQUE)

HIPOALERGENICO BASE COSMETICA NO GRASOSA NO COMEDOGENICO

COMPOSICION Y DESCRIPCION: SHADE SPF 45 es una loción bloqueadora cuyos componentes activos son: Etilhexil p-metoxicinamato, octocrileno, oxibenza eficaces y clínicamente probados para ultraprotección de la piel, especialmente las más sensibles, a los efectos nocivos de la radiación solar tanto aguda co de grasa protege la piel de las quemaduras del sol causadas por los rayos UVA. UVB. SHADE SPF 45 se desvanece rápidamente sin dejar residuos de grasa. D una protección 45 veces mayor que la protección natural contra las quemaduras del sol. Su fórmula única bloquea rayos UVB responsables de las quemaduras protege la piel de la penetración profunda de los rayos UVA que están asociados al envejecimiento prematuro y arrugas. El uso regular puede ayudar a pre sobreexposición al sol. SHADE SPF 45 es hipoalergénico, a prueba de agua, no comedogénico, libre de fragancias y libre de PABA. ADMINISTRACION: suave y ampliamente en las áreas expuestos. Para asegurar máxima protección, aplicar nuevamente después de nadar y cuando hay excesiva transpiración. (SPF-45) por 80 minutos o más dentro del agua. PRECAUCION: No debe usarse cerca al fuego. Evite el contacto con los ojos. Si hay irritación en la pie Manténgase fuera del alcance de los niños. INDICACIONES: SHADE SPF 45 está indicado como bloqueador y protector solar. CONTRAINDICACIONES: hus ingredientes. PRESENTACION: SHADE SPF 45 Loción por 118 ml. Reg. San. Invima No. C-001279. BIBLIOGRAFIA: 1. Wilkinson, J. B.; Moore R.J., C Protectores Solares pp. 249-293. 1990. Ediciones Díaz de Santos S.A. 2. Goodman y Gilman. Las Bases Farmacológicas de la Terapéutica. Productos Protectores Solares, a disposición del cuerpo médico. Mayor información disponible a solicitud del cuerpo médico en Fuera de Bogotá al 9 800-19532. A.A. 4597 Santafé de Bogotá.

# NO DEJA DE PROTEGER...



# DESDE EL INICIO HASTA EL FINAL

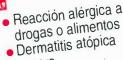


# Efectiva corticoterapia sistémica

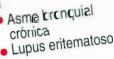
- Artritis reumatoidea
- Osteoartritis
- Bursitis/Tendinitis
- Sinovitis



 Rinitis alérgica perenne Rinitis alérgica estacional



- severa Urticaria crónica
- Queloides







- 1 Efecto antiinflamatorio excepcionalmente sostenido en el tiempo
- 2 Alto índice de respuesta terapéutica
- 3 Amplio margen de tolerancia
- 4 Versatilidad de administración

SCRIPCION: La suspensión de DIPROSPAN ® es una invección acuosa estéril que contiene en cada ml. 5 mg de betametasona en forma de dipropionato en suspensión y 2 mg de betametasona en forma de los fato disódico betametasona en solución. DOSIS Y ADMINISTRACION: La dosis debe ser ajustada a los requerimientos específicos de cada paciente de acuerdo con la gravedad de trastorno, la respuesta obtenida y la tolerancia del paciente corticosteroide. REACCIONES ADVERSAS: Las mismas comunicadas para otros corticoides: osteonusculares, dermatológicas, endocrinológicas, endocrinológicas y siquiatricas. EMBARAZO Y LACTANCIA. No existen estudios tritolados de luso de DIPROSPAN en embarazo. Sopesar riesgo-beneficio para la madre y el niño. Igualmente en lactancia. INTERACCIONES MEDICAMENTOSAS: Se pueden presentrar, especialmente con Fenobarbital, itónias, rifamicina o efedrina. Igualmente con diuréticos agotadores de potasio, anfotericina B y los digitálicos. CONTRAINDICACIONES: Los corticosteroides están usualmente contraindicados en pacientes con una tuberculosis vias, cicatrizada o incompletamente curada. Infecciones bacterianas, micóticas y virales. DIPROSPAN ® suspensión no debe administrarse a pacientes con antecedentes de hipersensibilidad a un on atecedentes de hipersensibilidad a un on atecedentes de hipersensibilidad a un on a tuberculosis mulación. PREVENCION: La suspensión de DIPROSPAN ® no es para uso intravenoso. Es obligatorio usar teórica aséptica estricta SOBREDOSIS: No es de esperar que una sobredosis agudad de lugar a situación potencialmente al, salvo en situaciones específicas graves como insuficiencia cardiaca grave, úlicar activa, pacientes con digitálicos o diuréticos agotadores de potasio, entre otras. El uso prolongado y excessivo devele llevar a sugresión HHS . almente Cushing, El tratamiento será sintomático y apropiado. PRESENTACION: Ampollas por 1 ml. (Reg. No. M-007160 M.S.) Vial por 2 ml. (Reg. No. M-008156 M.S.) Para mayor información al cuerpo médico . consultar el Mo. en Santafé de Bogotá, a

rapeutic research Vol. 23 No. 2 als Journal 22(6): 471-476/ 1985



# SARCOMA DE KAPOSI CLASICO

Gómez Molina, María Clemencia Gómez Uribe, José Ignacio

#### **RESUMEN**

En 1872, Moritz Kaposi describió en 5 hombres adultos una neoplasia cutánea y extracutánea multicéntrica que afectaba principalmente a ancianos; él la llamó "Sarcoma pigmentario de piel idiopático y múltiple". Desde entonces se han descrito 4 variedades clínicas; actualmente la más frecuente es la asociada con el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA). En esta oportunidad presentamos un caso de sarcoma de Kaposi (SK) clásico.

Palabras Clave: Sarcoma de Kaposi, Radioterapia, Quimioterapia.

#### HISTORIA CLINICA

A.R. Hombre de 49 años, raza negra, con cuadro de 5 años de evolución consistente en lesiones de miembros inferiores acompañadas de intenso dolor y edema. Estas lesiones se iniciaron como pápulas y nódulos en tercio inferior de miembros inferiores, plantas y principalmente dorso de ambos pies; luego progresaron a placas y masas exofíticas con áreas hiperqueratósicas; además fisuración, ulceración y episodios de infección a repetición (Fig. No. 1), por lo cual ha requerido varias hospitalizaciones. Se encontraron escasas lesiones con características similares, en manos y antebrazos. Desde el inicio se encontraron adenopatías inguinales que eran duras y fijas.

#### **Estudios Iniciales**

HI,G y sedimentación: Normal. VDRL y Elisa para HIV: Negativos. Rx de tórax: Normales. Ecografía abdominal: Normal.

Estudio histopatológico de piel con H-E: Lesión nodular recubierta por epidermis aplanada con capa córnea gruesa y en los bordes marginales hiperplásica. La lesión en el dermis esta constituida por proliferación de vasos sanguíneos irregulares, de tamaño variable, algunos con endotelio prominente, rodeados por formación densa de células en forma de huso con aspecto de fibroblasto, dispuestas en pequeños haces que se distribuyen en diferentes direcciones dejando hendiduras entre ellos. Hay extravasación de eritrocitos, acúmulos de hemosiderina y leve infiltrado inflamatorio mononuclear difuso, confirmándose el diagnóstico de Sarcoma de Kaposi (Fig. No. 2).

María Clemencia Gómez Molina, Residente II Dermatología. Universidad de Antioquia.

José Ignacio Gómez Uribe, MD Dermatólogo. Docente Sección de Dermatología. Universidad de Antioquia.

Hospital Universitario San Vicente de Paúl. Universidad de Antioquia, Medellín.

Correspondencia: María Clemencia Gómez, Sección de Dermatología, Depto. Medicina Interna. Universidad de Antioquia.



Fig. No. 1. Masas y nódulos exofíticos con necrosis y signos de infección

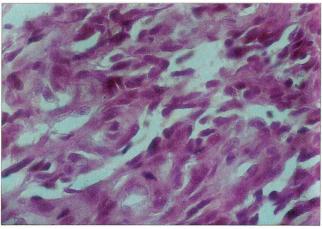


Fig. No. 2. Cuadro histológico característico de Sarcoma de Kaposi.

#### **Controles Posteriores**

Sangre oculta en materias fecales: Positiva.

Tránsito intestinal: Hallazgos compatibles con compromiso intestinal inicial de sarcoma de Kaposi.

Biopsia de ganglio inguinal: Matástasis de SK.

Cuadro hemático: Anemia microcítica, hipocrómica con sedimentación elevada.

Nuevo Elisa para HIV: No reactivo

Endoscopia digestiva (#2): Esófago normal, descartar CA de antro (se toman biopsias que informan: Inflamación crónica activa superficial) y duodeno normal.

Recibe manejo inicialmente con radioterapia y quimioterapia con vinblastina (10 mg/semanales), con mejoría parcial. En la última hospitalización se maneja con radioterapia y quimioterapia con vincristina y vinblastina con disminución de las masas tumorales en aproximadamente un 90% (Fig. No. 3).



Fig. No. 3. Control posterior al tratamiento. Mejoría del 90%.

#### **COMENTARIOS**

Existen cuatro variedades clínicas del SK: La forma clásica, el SK endémico o africano, la forma asociada con inmunosupresión iatrogénica y el SK epidémico asociado con SIDA. <sup>2, 3, 4, 5</sup>

La forma clásica afecta con mayor frecuencia al sexo masculino y la edad de inicio está entre los 50 y los 80 años; típicamente compromete las extremidades inferiores en forma bilateral, aunque puede aparecer en cualquier localización. Las lesiones se inician como máculas solitarias o múltiples, rosadas, rojas o de color salmón que van evolucionando a placas o nódulos que aumentan de tamaño y coalescen formando grandes tumores dolorosos que pueden ulcerarse, sangrar o infectarse secundariamente. Se presenta también edema crónico e induración del tejido subcutáneo por extensión del tumor.<sup>2</sup>

Luego de la piel, los sitios más comunes de compromiso son los ganglios linfáticos subcutáneos, <sup>6</sup> las mucosas, especialmente en la cavidad oral y el tracto gastrointestinal (donde puede ser asintomático, sólo detectado por exámenes paraclínicos en aproximadamente el 90% de los pacientes).<sup>3</sup>

La enfermedad tiene un curso crónico de aproximadamente 8 a 15 años; el pronóstico es generalmente bueno y la muerte ocurre como resultado del compromiso GI o pulmonar.<sup>2</sup>

El SK en Colombia presenta características epidemiológicas, clínicas e histopatológicas similares a las informadas en la literatura mundial.<sup>4</sup>

Su etiología continúa siendo desconocida y persiste también controversia acerca de su célula de origen.

Los hallazgos histopatológicos evolucionan por varios estadios; en general ocurren dos tipos de formaciones: una vascular con predominio de células endotelilales y una formación de células fusiformes que contienen hendiduras vasculares; adicionalmente hay reacciones inflamatorias, dando algunas de ellas apariencia de tejido de granulación. <sup>3. 6</sup>

Existen varias opciones de tratamiento, dependiendo de la extensión y localización de las lesiones. Si son únicas puede realizarse excisión quirúrgica, tratamiento con láser o crioterapia; en caso contrario se realiza radioterapia, poliquimioterapia con alcaloides derivadas de la vinca y en los últimos años se ha usado inmunoterapia con alfa-interferón.<sup>2 3</sup>

#### SUMMARY

In 1872 Moritz Kaposi described five elderly males with a multicentric cutaneous and extracutaneous neoplasia that he named "Idiopatic and multiple skin pigmentary sarcoma". Since then, four clinical varieties have been described. The one associated with AIDS is the commonest one to day. This is a report of a case of classical Kaposi's Sarcoma.

Key Words: Kaposi's sarcoma, Radiotherapy, Chemotherapy

#### **BIBLIOGRAFIA**

- 1. Kaposi M. Idiopothisches multiples pigmentsarkom der haut. Arch Derm Syph. 1872; 4: 265-269.
- 2. Martin RW. Hood AF, Farmer ER. Kaposi sarcoma. Medicine 1993: 72: 245-261. 3. Rappersberger K, Wolff K. Stingl G. Kaposi's sarcoma. In: Fitzpatrick TB. Eisen AZ
- Rappersberger K, Wolff K. Stingl G. Kaposi's sarcoma. In: Fitzpatrick TB. Eisen AZ et al eds. Dermatology in general medicine. Fourth Edition. New York. McGraw Hill, 1993; 1244-1256.
- 4. Garcia A, Olivella F, et al. Kaposi's sarcoma in Colombia. Cancer 1989; 64: 2393-2398. 5. Gómez Jl. Arango Jl. Sarcoma de Kaposi en dos pacientes, postrasplante renal. Med Cut I.L.A. 1984; 12: 215-219.
- 6. Lever WF. Tumors of vascular tissue. In: Lever WF, Schaumburg Lever G. (Eds.) Histopathology of the skin. Seventh edition. Philadelphia, JB Lippincott Co. 1990; 704-707

#### LINFOMA CUTANEO DE CELULAS B

Lesmes R, Blanca Lilia

#### RESUMEN

El linfoma cutáneo concierne solamente a linfomas presentes en la piel, en ausencia de cualquier lesión extracutánea detectable. El inmunofenotipo sería el principal criterio para el diagnóstico de linfoma, especialmente cuando las características histológicas no son conclusivas. La inmunohistoquímica es el método más difundido para la determinación de clonalidad y linaje en los linfomas.

Se presenta un caso de linfoma cutáneo de células B (LCCB), su histología, inmunofenotipo, curso clínico y tratamiento.

Es incurable y requiere seguimiento, pues con el tiempo progresa a leucemia linfoide crónica.

Palabras Clave: Linfoma cutáneo de células B, Inmunofenotipo, Leucemia linfoide crónica.

#### INTRODUCCION

Debido a que la piel no es el sitio preferencial para la localización de los linfocitos B, son mandatorios exhaustivos procedimientos diagnósticos en todos los linfomas malignos de células B presentes en la piel, para descartar cualquier lesión extracutánea por lo menos seis meses después del diagnóstico.

Son exámenes obligatorios: frotis de sangre periférica; inmunoglobulinas séricas (cuantitativas); biopsia de nódulo linfático aumentado; biopsia de médula ósea; Rx de tórax; ecografía de hígado y bazo y tomografía abdominal computarizada.

Son exámenes opcionales: Linfangiografía y biopsia de nódulos linfáticos periféricos no aumentados de tamaño.

Hay que tener en cuenta que el linfoma de células B que muestra tempranas o tal vez primarias manifestaciones en piel, tiene relativamente buen pronóstico, a diferencia de la diseminación cutánea de un linfoma, que sería consistente con el pobre pronóstico de un estado IV.<sup>1</sup>

Blanca Lilia Lesmes R., MD Dermatóloga. CAPRECOM Correspondencia: Carrera 14 No. 98-95 C 202. Centro Médico Chicó 99. Tel.: 610 89 05 - 610 88 19. Santafé de Bogotá, D.C. Presentado en el XX Congreso Colombiano de Dermatología, Cali Noviembre de 1994.

#### HISTORIA CLINICA

Se presenta el caso de un hombre de 87 años, que consulta por lesiones de dos años de evolución. Presenta en pómulos, dorso de nariz y región ciliar placas eritematovioláceas infiltradas. En espalda, pápulas eritematosas brillantes que confluyen para formar extensas lesiones. No hay adenopatías, ni visceromegalias. Antecedentes: Artrosis cervical, síndrome vertiginoso, gastritis, insuficiencia aórtica y mitral y bronquitis crónica.

Las lesiones de la cara recordaban la sarcoidosis y la rosácea granulomatosa, pero las lesiones de la espalda parecían sugerir liquen amiloide o LED; el cuadro clínico no era característico (Figs. Nos. 1 y 2), por lo cual tomé una biopsia de la cara y otra de la espalda.



Fig. No. 1. Lesiones violáceas infiltradas en pómulo y punta de nariz.

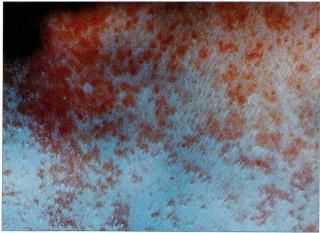


Fig. No. 2. Lesiones eritemato-papulosas infiltradas en espalda

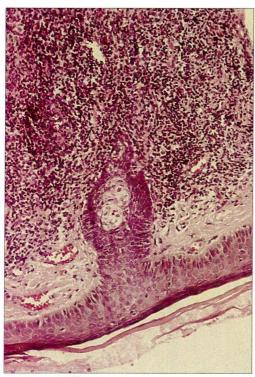


Fig. No. 3. LCCB. Infiltración linfoide en dermmis. Banda subepidérmica respetada. No hay epidermotropismo.

#### Patología

Infiltrados nodulares confluentes y difusos constituidos por linfocitos de mediano tamaño, algunos de núcleo hipercromático e irregular; ocupan la mayor parte de la dermis y respetan la banda subepidérmica (Fig. No. 3). ID: Infiltración linfoide cutánea en ambas biopsias. Nota: La imagen sugiere linfoma cutáneo en primer lugar. Es compatible con seudolinfoma. Aquí hay monomorfismo celular² y el infiltrado linfoide dérmico no muestra el epidermotropismo que se ve en el linfoma cutáneo de células T.³

#### Pruebas Inmunohistoquímicas

Por ser más frecuente el linfoma T se usaron marcadores para células T: CD1, CD2, CD3, CD4, CD5, CD7, CD8: fueron negativos.

Entonces se usaron los marcadores B: CD19, CD21, CD35, IgM: fueron positivos.

Además tiene: CD14, Leu10, CD25, CD30, negativos. Leu8, positivo.

Kappa: positiva.

Lambda: negativa.

Ki67(+): una cruz. Nos muestra que la proliferación celular es baja, y con el bajo índice mitótico observado en la histología, nos induce a pensar en bajo grado de malignidad.

De acuerdo con ésto se determina la monoclonalidad de la proliferación celular B, por lo cual se hace un diagnóstico de LCCB de bajo grado de malignidad.

#### Exámenes Paraclínicos

Sangre periférica, médula ósea, DHL: normales; TAC tórax: condensación parenquimatosa neumónica segmentaria de lóbulo medio; TAC abdominal: esplenomegalia sin lesiones focales, ni adenomegalias retroperitoneales ni pélvicas.

#### Curso Clínico

Depende del estadio en el que se clasifique. Como los "linfomas cutáneos B" son raros, no se encuentra una clasificación específica para ellos; se clasifican clínicamente como los T cutáneos, donde T es el compromiso cutáneo, N el compromiso ganglionar y M el compromiso visceral. Este paciente correspondería al estadio l.

T1: Placas eritematosas en piel de -10%.

No: No adenopatías.

Mx: Esplenomegalia: ¿Reactiva? ¿Neoplásica? (médula ósea normal). Si consideramos que no hay compromiso ganglionar, que no podemos confirmar si la esplenomegalia es reactiva o neoplásica; que no tiene otras manifestaciones sistémicas; la médula ósea es normal; no hay linfocitosis y es de bajo grado de malignidad, podemos clasificar este paciente en estadio l.

Esta enfermedad se presenta en la vejez, es indolente, incurable, y es un proceso dinámico que progresa a leucemia linfoide crónica, por lo que es indispensable el seguimiento del paciente para detectar la agravación del proceso.

#### **Tratamiento**

Debido a la avanzada edad del paciente y su estadio clínico, se acordó, junto con los departamentos de hematología y oncología, observar la evolución del paciente para ver cuándo se justificaba una terapia más o menos agresiva; la otra opción contemplada fue el tratamiento tópico con mostaza nitrogenada, pero el paciente no ha vuelto, pues se está recuperando de una fractura de fémur postraumática.

#### **COMENTARIO**

#### Marcadores inmunohistoquímicos

Permiten clasificar las células, incluso morfológicamente más primitivas y relativamente indiferenciadas, dentro de las series mieloide, monocítica, linfoide B o linfoide T.

Estos métodos permiten asentar los conceptos de monoclonalidad y policionalidad de una población linfoide en crecimiento, así como reconocer numerosos signos de valor diagnóstico. El concepto de monoclonalidad implica que una población linfoide productora de inmunoglobulinas, que contiene una sola cadena ligera -kappa o lambda- está originada a partir de una clona celular expandida que, por definición, es de origen neoplásico. En la actualidad, este hecho sigue siendo válido en biología molecular, donde la demostración de reordenación genómica en sentido idéntico al de los genes de las inmunoglobulinas o del receptor para el antígeno de los linfocitos T, dentro de una población linfoide problema, indica su origen clonal y por tanto neoplásico. A medida que se han introducido nuevos anticuerpos monoclonales capaces de reconocer distintos antígenos leucocitarios de membrana, ha surgido la necesidad de crear una terminología unificada para designar con la misma denominación a anticuerpos monoclonales que reconocen a idénticos antígenos. Esta nomenclatura se conoce como designación de grupo o clasificación CD. Tras la cuarta conferencia sobre antígenos de diferenciación leucocitaria celebrada en Viena (1989), se reconocían 78 designaciones de grupo para los diferentes antígenos y anticuerpos. Hoy ya se conocen 104.

Con la batería de anticuerpos monoclonales se ha obtenido gran información funcional sobre los marcadores que caracterizan a cada uno de los tipos celulares existentes en los tejidos hematopoyético y linfoide. Mediante anticuerpos monoclonales básicos, se ve la evolución fenotípica de las células linfoides B y T durante su proceso madurativo, así como las principales neoplasias que se derivan de ellas. Puede observarse que para cada célula normal existe una contrapartida neoplásica.

La inmunohistoquímica representa actualmente el método más difundido para la determinación de clonalidad y linaje de los linfomas. En los linfocitos B se basan en la detección de una sola de las cadenas livianas kappa y lambda; en los linfocitos T, en la pérdida o expresión anómala de antígenos. Los marcadores Pan B son muy útiles para confirmar el linaje B. La actividad proliferativa cuantificada mediante el anticuerpo Ki67 también se ha encontrado útil para adjudicar el grado de malignidad ya que éste se ha encontrado (+) en los linfomas de bajo grado y (++++) en los de alto grado de malignidad. <sup>4</sup>

#### Clínica

El linfoma linfocítico pequeño es una enfermedad diseminada que se presenta en la edad media y vejez; la naturaleza localizada del proceso es materia de especulación. Es indolente, incurable y es un proceso dinámico que progresa a leucemia linfoide crónica. Los pacientes con linfoma, y aquellos con leucemia, son todos parte de un espectro de la enfermedad. Más de la mitad de los pacientes con linfoma linfocítico pequeño localizado permanecen libres de enfermedad tanto como 10 años después de irradiación local. Parece que la transformación en un tumor más maligno es un evento infrecuente.

#### Diagnóstico Diferencial

- 1. Con seudolinfomas: El diagnóstico de Linfoma Cutáneo' y su diferenciación de los desórdenes reactivos linfoproliferativos (seudolinfomas) se establece por inmunofenotipos y genotipos. La linfadenosis benigna cutis (enf. de Bafverstedt) y la infiltración linfocítica de Jessner y Kanof, son los seudolinfomas cutáneos más importantes para diferenciar del linfoma maligno de células B. El término seudolinfoma sería restringido a lesiones de piel histológicamente semejantes a un linfoma, pero caracterizadas por poblaciones policlonales de células T o B y/o relacionadas claramente con estímulos ambientales, como picaduras de insectos, infecciones, drogas etc.<sup>6</sup>
- 2. Con linfoma cutáneo de células T: El LCCB suele tener una historia de 1-2 años, con un nódulo solitario o pocos tumores sin ulceración en una área restringida, por ejemplo una extremidad, o el tórax. El compromiso de los nódulos linfáticos es una característica común y ocurre tempranamente en el curso de la enfermedad; en un estudio efectuado en Bogotá, se encontró que el 95% de los linfomas de bajo grado ocurrían en ganglios linfáticos en forma primaria. No es frecuente que los linfomas de células B se originen o se manifiesten primariamente en piel, como sí lo hace el linfoma cutáneo de células T. El caso que se presenta, siendo un linfoma de células B, tiene sus primeras manifestaciones en piel y no presenta hasta el momento compromiso ganglionar.

En contraste, el linfoma cutáneo de células T tiene una historia más larga, de 5-20 años, tiene lesiones múltiples diseminadas y pueden ser ulceradas y no es frecuente el compromiso ganglionar; generalmente hay compromiso primario de la piel antes de invadir otros órganos; es epidermotrópico, siendo por supuesto la micosis fungoide el ejemplo típico.

3. Con otras entidades: Lepra, sarcoidosis, lupus vulgar, leishmaniasis lupoide, leishmaniasis difusa, lupus eritematoso, gra-

nulomatosis disciforme, rosácea, leucemia cutánea, sarcoma reticular, linfosarcoma.

#### **Tratamiento**

En variantes con células pequeñas, suele realizarse tratamiento con radioterapia. Las lesiones son muy radiosensibles. En los linfomas de células grandes, el tratamiento dependerá del grado de afectación sistémica y en general requerirá de poliquimioterapia. En casos seleccionados, la escisión de lesiones nodulares aisladas puede ser suficiente. Podrá preferirse un tratamiento conservador según la edad, evolución y factor de riesgo del paciente. En lesiones de poca extensión se puede usar mostaza nitrogenada o carmustina, tópicas, valorando sus efectos colaterales. La luz solar natural puede disminuir las lesiones de piel.

Otras opciones de tratamiento en el estadío I: TSED (irradiación total de la piel con haz de electrones): penetra solamente a la dermis, sin efectos sistémicos; requiere pericia, no está ampliamente disponible, respuesta del 80%; PUVA, psoralenes y ultravioleta A: 62-90% de eficacia; se aplica en pacientes que fracasan con mostaza nitrogenada tópica. Están en ensayo clínico: PUVA complementado con interferón, retinoides, o irradiación total corporal y UVB; y TSEB complementado con quimioterapia tópica o sistémica o con irradiación corporal total.

#### **SUMMARY**

Cutaneous lymphoma refers only to those lymphomas present at skin level, without any other location outside the skin. The most important criteria, are the findings of immunophenotyping, particualry when the histopathologic findings are not conclusive. The diagnostic method that has the most widespread application in order to determine the clone and lineage in lymphomas is the immunohistochemical techniques.

A case of cutaneous B-cell lymphoma is presented. Comments are made on the histologic findings, immunophenotyping, clinical evolution and treatment.

The posibility of progression to a chronic lymphocytic leukemia is emphasized.

Key words: Cutaneous B-cell lymphoma, immunophenotyping, Chronic lymphocytic leukemia.

AGRADECIMIENTOS: A la doctora Elvira Castro del Servicio de Patología del Instituto Nacional de Cancerología.

#### BIBLIOGRAFIA

- Gunter Burg, MD, et al. Cutaneous B-cell lymphoma. Dermatologic Clinics. 1985; 689-703.
- 2. Soshamma George, MD, et al. Cutaneous lymphoma. Int J Derm 1992; 789.
- 3. Rona M. Mackie. Linfornas cutáneos. Linfornas B. Rook tratado de dermatología. Barcelona. 1989; 1880-1882.
- Carlos Fernando García y Col. Linfomas no Hodking Estudio morfológico, inmunológico y de biología molecular Fundames. 1992: 13-59.
- 5. Nicola Pinpinelli et al. Cutaneous lymphoma: a clinically relevant classification. Int J of Derm 1993: 695-699.
- 6. Alan C. Aisenberg MD. PhD. Malignant lymphoma. Lea Febiger, Philadelphia London. 1991

# INVESTIGACION CLINICO-TERA PEUTICA

# EVALUACION DE LA CAPACIDAD DE IRRITACION PRIMARIA DE DIVERSOS JABONES MEDIANTE LA PRUEBA DE LA CAMARA DE JABON (Soap Chamber Test)

Falabella, Rafael Barona, María I. Morrison, Mack

#### **RESUMEN**

En un grupo de 25 voluntarias, se determinó la capacidad irritante primaria de 6 jabones de tocador disponibles en el mercado nacional, mediante el "test de la cámara de jabón". El test consistió en la aplicación de las sustancias a investigar bajo oclusión durante 48 horas, reaplicándolas después de las primeras 24 horas y efectuando las lecturas cada día hasta completar 72 horas de observación.

Los resultados obtenidos demostraron que los jabones analizados tenían una capacidad irritante primaria similar y comparable en términos de eritema y descamación con excepción del Palmolive Essential, debido a sus inherentes características de jabón sintético (syndet) provoca irritación en proporción menos notoria que los demás jabones. El test es considerado como muy útil para evaluar la capacidad de irritante primario de los cosméticos en un período de tiempo muy corto y con aceptable certeza.

#### INTRODUCCION

Uno de los problemas de mayor importancia con el uso de los jabones y otros productos surfactantes en la práctica diaria consiste en la irritación primaria inducida por sus componentes.<sup>1</sup>

Para detectar la capacidad de inducir tales cambios en la piel, Frosch desarrolló el "test de la cámara de jabón", colocando

Rafael Falabella MD, Profesor titular, Universidad del Valle, Sección de Dermatología.

María I. Barona MD, Docente adjunto, Universidad del Valle, Sección de

Mack Morrison PhD, Senior Investigator, Colgate-Palmolive, Piscataway New Jersey, USA.

bajo oclusión un determinado jabón durante 8 días, analizando los cambios provocados por la sustancia bajo observación.<sup>2</sup> Posteriormente, con el propósito de facilitar la prueba, Simion disminuyó el tiempo a 4 días intensificando las horas de exposición, obteniéndose de esta manera resultados similares.<sup>3</sup>

En el presente estudio se definió como objetivo principal determinar la capacidad de producir irritación en la piel, manifestada por eritema y descamación, provocada por 6 jabones disponibles en el mercado del país.

#### **MATERIAL Y METODOS**

#### Sujetos del Estudio

Se incluyeron 25 voluntarias de sexo femenino entre los 18 y 55 años de edad, sin ninguna enfermedad cutánea o sistémica, y una vez informadas sobre la prueba a realizar, dieron su consentimiento para participar en el estudio.

#### Criterios de Exclusión

Se excluyeron aquellas participantes que tenían antecedentes de alergias conocidas a jabones o limpiadores en barra, champús y fragancias, o síntomas de reacción alérgica activa en el momento del examen. También se excluyeron aquellas con embarazo, lactancia o historia de ingestión de antiinflamatorios orales, excepto aspirina, ibuprofeno o acetaminofén. De igual manera se excluyeron las candidatas con medicaciones orales o tópicas que pudieran interferir con el estudio o con irritación cutánea en el lugar de las pruebas.

#### Diseño del Estudio

Se realizó un esquema doble ciego, de 4 días de duración, aplicando al azar, soluciones concentradas de jabón de 6 muestras diferentes, que se calentaron a 40°C en baño María antes

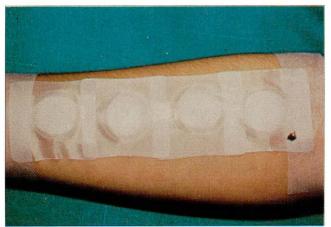


Fig. No. 1. Colocación de las cámaras de Hill Top con las sustancias test, en el antebrazo

de ser colocadas bajo oclusión e incluyendo una muestra adicional de solución salina como control.

#### Procedimiento

Las 7 sustancias fueron aplicadas en los antebrazos de las voluntarias en cantidad de 0.3 ml usando cámaras Hill Top de 25 mm de diámetro el primer día, para ser retiradas 24 horas más tarde (Fig. No. 1). Se realizó la lectura visual 3 horas después de retirar los parches considerando los parámetros de eritema y descamación. Una vez hecha la evaluación, se colocaron nuevamente muestras frescas de las mismas sustancias en estudio en los sitios originales de la prueba, pero retirando los parches 21 horas después (Fig. No. 2). Se realizó nuevamente la evaluación 3 horas más tarde y 24 horas después, como evaluación final. Si después de las 24 horas iniciales algún lugar demostraba un puntaje mayor de 2 de la escala visual, no se aplicaba la sustancia test durante las 21 horas siguientes.

#### Puntaje

El puntaje de la evaluación visual se asignó de acuerdo con la siguiente escala:

#### Eritema:

- 0 = No eritema
- 1 = Eritema leve focal y difuso
- 2 = Eritema moderado uniforme
- 3 = Eritema intenso
- 4 = Eritema rojo vivo con edema

#### Descamación:

- 0 = No presenta descamación
- 1 = Descamación leve
- 2 = Descamación moderada
- 3 = Descamación marcada / fisuración leve
- 4 = Descamación severa / fisuración severa

El análisis estadístico se realizó por medio del test de Friedman de dos vías (Anova).

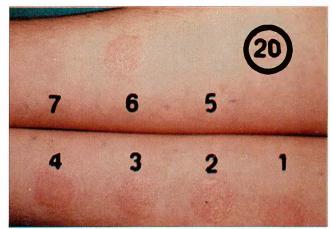


Fig. No. 2. Paciente No. 20. Resultado de la irritación primaria.

#### **RESULTADOS**

De acuerdo con la escala numérica de los parámetros eritema y descamación, en relación con el tiempo, se obtuvieron los resultados que se pueden apreciar en los Cuadros Nos. 1 y 2, expresados en términos de puntaje.

Estos resultados revelaron que se desarrolló un aumento del eritema y descamación de la piel a medida que progresó el tiempo de exposición hasta las 48 horas, con estabilización o una leve disminución a las 72 horas, hallazgo que es válido para todos los jabones, exceptuando la solución salina utilizada como control con cifras muy inferiores a las demás.

Jahanas	Horas			
Jabones	24	48	72	
Palmolive	0.83	1.33	1.25	
Lux	0.94	1.45	1.25	
Protex	0.96	1.46	1.31	
Camay	0.87	1.50	1.27	
Rexona	0.98	1.58	1.33	
Palmolive Essential	0.39	0.79	0.62	
Solución Salina	0.04	0.25	0.10	

Las diferencias no fueron estadísticamente significativas para los jabones analizados con excepción del Palmolive Essential, cuya capacidad irritante para producir eritema y descamación fue notoriamente inferior al grupo de los demás jabones de tocador convencionales. Estas diferencias pueden apreciarse tanto en los Cuadros Nos. 1 y 2, como en la Fig. No. 2.

Jabones	Horas		
Jabones	24	48	72
Palmolive	0.95	1.31	1.33
.ux	1.00	1.37	1.41
Protex	1.00	1.29	1.35
Camay	0.96	1.35	1.39
Rexona	1.00	1.48	1.44
Palmolive Essential	0.58	0.89	0.85
Solución Salina	0.08	0.35	0.04

#### Puntaje de la descamación por tiempo de oclusión Test de la Cámara del Jabón

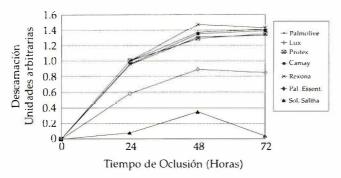


Fig. No. 3. Obsérvese la diferencia entre los distintos jabones, después de 48 horas de colocación de las sustancias test: 1 = Rexona; 2 = Protex; 3 = Lux; 4 = Camay; 5 = Palmolive Essential; 6 = Palmolive; 7 = Solución salina (control).

#### **COMENTARIO**

El presente estudio demuestra que los jabones de tocador convencionales analizados en este estudio con la prueba de la cámara de jabón tienen un comportamiento similar y que no existen diferencias estadísticamente significativas en su capacidad irritante para producir eritema y descamación bajo condiciones extremas de oclusión. La única excepción la constituye el jabón Palmolive Essential, que debido a su condición como producto sintético (syndet), notoriamente posee menor capacidad irritativa sobre la piel.

Otro hallazgo interesante se relaciona con la ausencia de una mayor capacidad irritante en el caso de uno de los jabones estudiados (Protex) por el hecho de contener triclosán (triclorocarbanilida), eficaz y seguro desodorante utilizado como antibacteriano.<sup>4, 5</sup>

Vale la pena recalcar que la prueba de la cámara del jabón, en las condiciones descritas en este estudio, constituye un valioso recurso para probar la capacidad irritante primaria de productos para el aseo personal.

#### **SUMMARY**

In a group of 25 volunteers, the primary irritant capacity of 6 toilet soaps available in the national market, was determined by means of the "soap chamber test". The trial consisted of applying the test substances under occlusion during 48 hours, with reapplication after the first 24 hours and observing the induced changes daily until 72 hours after initiation of the trial.

The obtained results disclosed that the tested soaps had a similar primary irritant capacity comparable in terms of erythema and desquamation, excepting Palmolive Essential which because of its inherent characteristics as a syndeth, provoked irritation in a much less notorious proportion than the remaining soaps. The test is considered as a very useful tool to evaluate the primary irritant capacity of soaps in a very short period of time and with acceptable accuracy.

#### **BIBLIOGRAFIA**

- 1. Fisher AA. Hand dermatitis due to contactants. Contact Dermatitis. lea & Febiger, 3rd Ed Philadelphia 1986; 258-282.
- 2. Frosch PJ, Kligman AM. The soap chamber test. A new method for assessing the irritancy of soaps. J Am Acad Dermatol 1979; 1: 35-41.
- 3. Simion FA. Sequential order of skin responses to surfactancts during a soap chamber test. Contact Dermatitis 1991; 25: 242-249.
- Cox AR. Efficacy of the antimicrobial agent triclosan in topical deodorant products: Recent developments in vivo. J Soc Cosmet Chem 1987; 38: 223-231.
- 5. Regos J. Antimicrobial spectrum of triclosan, a broad-spectrum antimicrobial agent for topical application. Il Comparison with some other antimicrobial agents. Dermatologica 1979; 158: 72-79.

# **NOTICIAS**

#### XXV CONGRESO NACIONAL DE DERMATOLOGIA Y VENEREOLOGIA

23, 2 y 25 de mayo de 1996

Hotel Melia Gran Sitges, Sitges, Barcelona

Informes: RCT Asociados

Aulestia i Pijoan, 12, baixos 08012 Barcelona

Teléfono: 34 3 415 69 38 Fax: 34 3 415 69 04

#### FE DE ERRATA

Por un error humano que somos los primeros en lamentar, en la página Editorial de nuestra Revista Volumen 4, Número 4 de septiembre de 1995, aparecieron mutilados sendos artículos de editorialistas invitados que deberían aparecer en los números 4 y 5 respectivamente, cuyas ediciones se trabajaron paralelamente. Aquí presentamos el texto completo del Editorial (Volumen 4, Número 4) del Dr. Bernardo José Huyke Urueta. Para él, para el Dr. Juan Gonzalo Alzate Gómez y para todos nuestros lectores, van nuestras más rendidas excusas.

Diego E. Jaramillo J. Director

#### **EDITORIAL**

#### SOLIDARIDAD MEDICA Dr. Bernardo José Huyke Urueta Editorialista Invitado

A raíz de la polémica "LEY 100", hemos visto cómo todos los hijos de Hipócrates y Esculapio de todas las diferentes regiones de Colombia, se han despertado de un letargo prolongado y se han unido para luchar contra el exterminio de la profesión.

Por esta razón los galenos del Caribe Colombiano hicimos un frente común contra este tipo de ley impositiva, en cuya redacción no participaron, ni fueron consultadas las diferentes sociedades y agremiaciones médicas legalmente constituidas. El poder legislativo, a espaldas de los médicos, estableció unas leyes que, bajo el pretexto de beneficiar a todos los colombianos, sólo busca enriquecer más a los conglomerados económicos nacionales y multinacionales, que ven en la salud el mejor negocio de su vida.

El gremio médico nacional, que desde hace mucho tiempo está desprotegido y depauperado, ahora para colmo de males quiere ser maniatado por las compañías de medicina prepagadas (mal pagadas) privadas y gubernamentales, las que quieren continuar imponiendo sus injustas pretensiones. Es por esta poderosa razón que los médicos se han unido para defenderse, fortaleciendo sus sociedades regionales y nacionales para hacer valer sus derechos constitucionales a través de la Ley de Etica Médica (Ley 23 de 1981), que en uno de sus apartes reza:

El médico tiene derecho a recibir remuneración por su trabajo, la cual constituye su medio normal de subsistencia. Es entendido que el trabajo o servicio del médico sólo beneficiará a él y a quien lo reciba. Nunca, a terceras personas que pretendan explotarlo comercial o políticamente.

Siendo la retribución económica de los servicios profesionales un derecho, el médico fijará sus honorarios de conformidad con su jerarquía científica y en relación con la importancia y circunstancias de cada uno de los actos que le corresponda cumplir teniendo en cuenta la situación económica y social, y previo acuerdo con éste o sus responsables.

La asistencia médica se fundamenta en la libre elección del médico, por parte del paciente.

Por lo anteriormente expuesto se constituyeron en varias ciudades de la Costa Atlántica las Asociaciones de las Sociedades Médicas que incluyen a todo el cuerpo médico de todas las diferentes Sociedades Médicas. En nuestro departamento se conformó recientemente la Asociación de Sociedades Médicas del Atlántico, entidad que integra todas las sociedades médico-científicas del Atlántico y es la única autorizada para dialogar y/o negociar con las diferentes empresas de medicina prepagada, bajo los siguientes puntos:

- 1. Todas las sociedades médicas renunciaron en forma masiva de los cuadros médicos de todas las empresas de medicina prepagada en cartas emanadas por cada sociedad y firmada por todos sus miembros.
- 2. El comité negociador de la Asociación de Sociedades Médicas del Atlántico, desde el día 20 de Julio de 1995, "Día de la Emancipación Médica" solo está aceptando que sus miembros ofrezcan sus servicios médicos profesionales cobrando sus tarifas particulares a aquellas "Entidades" que presten servicios de salud, que no hayan llegado a un acuerdo previo con "Intersociedades". Estas "Entidades" como Compañías de Medicina Prepagada, Compañías de Seguros, Cajas de Compensación, Instituciones Gubernamentales, Fondos de Empleados y Cooperativas tienen que aceptar las siguientes condiciones:

- a. Abrir el listado de atención médica en todas las "Entidades", que incluya a todos los miembros que hayan sido autorizados por su respectiva "Sociedad".
- b. Aceptar y pagar el valor de las tarifas que su "Sociedad" acuerde para atender a los usuarios de dichas "Entidades". De acuerdo al sistema tarifario de las U.V.R.
- c. Aceptar el pago de tarifas por concepto de gastos de materiales y/o uso de equipamentos médicos necesarios que su "Sociedad" acuerde para que sus miembros puedan realizar tratamientos médicos y/o quirúrgicos a los usuarios de dichas "Entidades" en las salas de procedimientos de los consultorios.
- d. Eliminar la venta de valeras (boletas, vauchers, etc) a los usuarios de las empresas de medicina prepagadas y establecer como norma que todos los usuarios de los servicios médicos paguen esta franquicia directamente al médico.
- e. Acordar el pronto pago de los servicios médicos en un término de 30 (treinta) días posteriores a la presentación y entrega de la respectiva cuenta de cobro. En caso contrario, estas facturas no pagadas se asimilarán a una letra de cambio según el artículo 774 del Código de Comercio, surtiendo todos los efectos legales. El no pago causará un interés del 4% mensual.
- f. Respetar la permanencia de los miembros autorizados por las diferentes "Sociedades" en los cargos y/o contratos que tengan con estas "Entidades" prestadoras de servicios de salud.

Estas propuestas anteriormente expresadas a las empresas privadas prestadoras de servicios de salud, se ampliarán próximamente a entidades gubernamentales, iniciando con la Empresa de Medicina Prepagada más grande del país, el Instituto de los Seguros Sociales, para luego continuar con Cajanal, Caprecom, etc.

Con respecto a la "LEY 100", los médicos de la Región Caribe para atender el P.O.S.: están constituyendo en cada ciudad, Sociedades Anónimas y/o Cooperativas de Trabajo Asociado de acuerdo a la preferencia de los miembros de cada "Sociedad". Es importante hacer énfasis que en cada ciudad sólo habrá una empresa de este tipo por cada especialidad y sus integrantes serán sólo los miembros de la respectiva especialidad, evitándose así la competencia y la posibilidad de prácticas de "dumping" por grupos minoritarios. Unidos podremos dialogar y negociar con todas las E.P.S. Además el departamento jurídico de "Intersociedades" asesorará en la elaboración de contratos con las E.P.S., elaborando diferentes modelos de contratos con el objeto de marcar las pautas referentes a la presentación de los servicios.

Cada "Sociedad" y la "Asociación de Sociedades Científicas del Atlántico", para su mejor organización y fiscalización de sus miembros, han creado los Comités de Etica, Comités de Estatutos, Comités de Educación y Comités de Fiscalización.

"Intersociedades" hasta la fecha ha llegado a establecer acuerdos con las siguientes entidades: Bon Salud, Corelca, Pan American (todas las empresas excepto Intercor), Salud Coop y Seguros Bolívar. Con las siguientes empresas se continúa el diálogo: Colsánitas, Su Salud, Coomeva, Medisalud, Colseguros, La Nacional de Seguros y Ecopetrol.

Les recuerdo que nunca debemos olvidar que los "Médicos" no vivimos sólo de lo científico y académico, que es hora de que iniciemos nuestra preparación en temas de cómo gerenciar nuestra profesión, por éso los invito a asistir al Curso de Finanzas y Mercadeo en el Consultorio, que el IPEC dictará como preámbulo al II Congreso Colombiano de Dermatología Pediátrica a efectuarse en la ciudad de Cali el próximo 9 de Noviembre.

Bueno colegas: sólo me resta decirles que "**Unamos**" todos nuestros esfuerzos para luchar por nuestro objetivos:

Cuadro médico abierto, tarifas según los manuales de cada sociedad y pago justo por las empresas mediadoras del servicio de salud.

Atentamente,

BERNARDO JOSE HUYKE URUETA Vicepresidente - Asociación de Dermatólogos del Atlántico

		# ## ## ## ## ## ## ## ## ## ## ## ## #	

