

91-14061

Vta. Dr.
Mauricio Vasquez Romero
25/12/89

CONSULTA DERMATOLOGICA EN EL
HOSPITAL SAN RAFAEL



TRABAJO PARA INCORPORACION
COMO MEDICOS DERMATOLOGOS A LA
UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

DR. MAURICIO VASQUEZ ROMERO
DR. CARLOS R. GARCIA ZELAYA

T
616,5
V335c

INDICE

INTRODUCCION

CONSULTA DERMATOLOGICA EN EL HOSPITAL
SAN RAFAEL 1

1. EL HOSPITAL SAN RAFAEL 3

2. OTRAS CASUISTICAS DERMATOLOGICAS 5

3. EL ESTUDIO 7

 3.1 MATERIAL Y METODOS 7

 3.2 RESULTADOS 8

 3.3 CONCLUSIONES 13

 3.4 COMENTARIOS 14

 3.5 RECOMENDACIONES 15

4. CUADROS CLINICOS DE LAS DERMATOSIS
MAS FRECUENTES EN EL H.S.R. 17

 4.1 ECZEMAS 17

 4.2 TUMORES 20

 4.3 MICOSIS SUPERFICIALES 37

5. BIBLIOGRAFIA 44

CONSULTA DERMATOLOGICA EN EL HOSPITAL SAN RAFAEL

Existen numerosas casuísticas en relación a las dermatosis más frecuentes en diferentes sitios, también existe una amplia variedad de factores que pueden influenciar las diferencias en sus resultados. Teniendo en cuenta que nuestro grupo en estudio posee sus propias características, nos ha parecido importante conocer nuestros propios resultados.

La secuencia diaria de los pacientes dermatológicos a lo largo de un año en los consultorios del Hospital San Rafael de Santa Tecla, nos hace pensar que no habrá gran diferencia en cuanto a los resultados que podríamos obtener en otro centro de salud del país, sin embargo, el constatarlo, acarrea automáticamente un dato de valor.

Será necesario conocer algunas de las características propias del Hospital San Rafael, pues ésto es una de las principales condicionantes que encaminan a los resultados en un estudio como el presente. También presentaremos algunas casuísticas resultantes de otros trabajos similares, que obviamente han tenido sus propias características.

Para nuestro estudio hemos seleccionado al grupo de pacientes que ha concurrido a la consulta dermatológica del hospital, durante el 2º semestre de 1988, o sea de julio a diciembre, pensando que ésto nos proporcionará una muestra de valor para generalizar los datos que nos interesan.

Como la mayoría de estudios similares al nuestro, hemos dividido las dermatosis en grupos que contengan el mismo tipo de padecimientos, obteniendo trece grupos que serán: micosis superficiales, dermativirosis, piodermias, eczemas, tumores, enfermedades de transmisión sexual, discromias, zooparasitosis, complejo vásculo cutáneo de pierna, erupción polimorfa lumínica, acué, prúrigos y un último grupo que comprenderá las dermatosis que no se encuentre en los 12 primeros grupos, por considerar que no constituyen una consulta de significancia numérica; sin embargo se hará mención de todos los diagnósticos que se consideraron durante las consultas.

Se tendrán en cuenta únicamente los pacientes vistos en su consulta inicial, descartando todas las consultas subsecuentes.

También investigaremos sobre edad, sexo y área de residencia de los pacientes para tener más datos sobre el grupo en estudio.

Después de conocer los padecimientos cutáneos más frecuentes, ofreceremos las conclusiones y recomendaciones al caso, presentando finalmente los datos clínicos más importantes sobre los tres grupos que sean más numerosos.

1. EL HOSPITAL SAN RAFAEL.

El Hospital San Rafael ubicado en la ciudad de Santa Tecla o Nueva San Salvador, cabecera del departamento de La Libertad, forma parte de los Servicios de Salud de la Región Central, la cual comprende los departamentos de Chalatenango y La Libertad, y cuya sede regional se encuentra en Santa Tecla.

El Hospital San Rafael absorbe toda la consulta de caseríos y cantones aledaños, siendo objeto de referencias de los puestos y unidades de salud vecinos, lo que hace de él, el más importante centro asistencial de la Región Central de Salud.

En Agosto de 1854, la señorita Luz Zaldaña acondicionó una modesta casa de su propiedad bajo el nombre de "Casa de la Misericordia", dando así el primer paso en la existencia del hoy Hospital San Rafael.

En 1873, gracias a la labor del alcalde municipal Manuel Antonio Molina, se dispuso de tres manzanas de terreno para la construcción del hospital, la cual se inició hasta 1880, concluyéndose en 1883.

Su primer Director fué el Sr. Mauricio Duke. En 1949 fué dotado de instalaciones modernas y funcionales. Actualmente cuenta con nuevas edificaciones que fueron donadas por la "Fundación Walter Soundy".

La Región Central de Salud consta de 55 servicios de Salud: 2 hospitales regionales, el hospital de Chalatenango y el hospital San Rafael; 15 unidades de salud y 38 puestos de salud.

La ciudad de Nueva San Salvador, se encuentra situada a 12 Kms. de San Salvador, a 950 metros sobre el nivel del mar.

Desde el punto de vista económico-social, hay que hacer notar que la gran mayoría de la clase media de su población diariamente se desplaza a realizar sus labores en San Salvador, demandando por consiguiente poca asistencia de los servicios existentes en la población; diferente a lo que sucede con la clase baja, que tiene que buscar el medio de subsistencia y los servicios asistenciales en la misma comunidad, lo cual determina el status socio-económico de la consulta del hospital.

Actualmente el hospital cuenta con 240 camas para pacientes ingresados, lo mismo que con el trabajo de 85 médicos, entre los que encontramos especialistas en las siguientes ramas: Traumatología y Ortopedia, Medicina Interna, Cirugía General, Pediatría, Ginecología y Obstetricia, Cardiología, Gastroenterología, Odontología, Oftalmología, Neumología, Radiología, Dermatología, Neurocirugía, Otorrinolaringología.

En la Consulta Externa se atiende aproximadamente 354 consultas diarias.

2. OTRAS CASUÍSTICAS DERMATOLÓGICAS.

A fin de tener algunos puntos previos de referencia, - presentamos los resultados de 4 trabajos similares al nuestro realizados en otros lugares. Tres correspondieron a casuísticas de clínicas dermatológicas brasileñas en las ciudades de Espíritu Santo, SaO Paulo y Río de Janeiro. La 4a. correspondió a un estudio realizado por Mendenhall en una clínica dermatológica de los Estados Unidos. Sólo en el primer trabajo hubo una condición especial, cual fué que se trató de una clínica para policías militares y sus familiares.

Presentaremos los cinco grupos de dermatosis más frecuentes y sus porcentajes sobre la consulta total.

Primer estudio: Policlínica Militar de Espíritu Santo.
Brasil. 1980.

Dermatosis	%
1. Micosis superficiales	22.83%
2. Eczema	15.44%
3. Piodermias	14.77%
4. Enfermedades venéreas	8.38%
5. Zooparasitosis	7.66%

Segundo estudio: Clínica Dermatológica de la Santa Casa de
Sao Paulo. Brasil. 1977.

Dermatosis	%
1. Eczemas	30.25%
2. Zooparasitosis	9.47%

10/10/1977
100 BX EL 1000

3. Micosis superficiales	9.36%
4. Tumores	6.41%
5. Reacciones de Hipersensibilidad	6.13%

Tercer estudio: Clínica Dermatológica de la Santa Casa de
Río de Janeiro, Brasil. 1974.

Dermatosis

1. Eczema	22.50%
2. Micosis superficiales	20.40%
3. Piodermias	5.90%
4. Dermatovirosis	4.56%
5. Reacciones de hipersensibilidad	4.20%

Cuarto estudio: Realizado y reportado por Mendenhall, de
una clínica dermatológica de los Estados
Unidos. 1975.

Dermatosis

1. Acné	27.40%
2. Eczemas	17.40%
3. Tumores	15.80%
4. Dermatovirosis	8.30%
5. Psoriasis	4.80%

3. EL ESTUDIO.

Se determinará cuáles son los grupos de dermatosis más frecuentes en la consulta dermatológica del Hospital San Rafael. También se investigará el sexo, edad y área de residencia de los pacientes del estudio.

3.1 MATERIAL Y METODOS:

Se estudiarán los pacientes vistos en la consulta de Dermatología, que fué impartida por los cuatro dermatólogos del hospital en el período comprendido entre el 1º de julio de 1988 y el 31 de diciembre del mismo año, teniendo en cuenta que fueran de primera consulta. Los controles subsecuentes no se tendrán en cuenta en ningún caso.

Las dermatosis se clasificarán en varios grupos, - que representarán lo más frecuente de la patología cutánea de nuestro medio.

Los grupos de dermatosis serán 13. Los 12 primeros incluirán la mayor parte de las dermatosis que se observan, quedando un último grupo en el que se colocarán -- los padecimientos que no pertenezcan a los anteriores. Los grupos serán: eczemas, piodermias, dermatovirosis, micosis superficiales, tumores, discromias, zooparasitosis, acné, complejo vásculo cutáneo de pierna, prúrigo, erupción lumínica polimorfa, enfermedades de transmisión sexual y el grupo de las demás dermatosis.

Los diagnósticos se obtendrán de las hojas en censo que diariamente detalla la consulta de cada médico. Se considerarán todos los diagnósticos efectuados en la primera consulta del paciente.

Después de evaluar los resultados se especificará cuáles fueron las dermatosis encontradas en cada grupo.

El estudio también comprenderá tres aspectos de -- los pacientes incluidos:

1. Edad de los pacientes; para lo cual se clasificarán -- según la década de la vida en la cual se encuentren al momento del estudio; se determinarán 8 grupos, -- siendo el primero el correspondiente a los pacientes que tengan hasta 10 años de edad; el segundo de 11 a 20 años, el tercero de 21 a 30 años, el cuarto de 31 a 40 años, el quinto de 41 a 50 años, el sexto de 51 a 60 años, el séptimo de 61 a 70 años y el octavo -- grupo para los pacientes de 71 años o más.
2. Sexo de los pacientes.
3. Area de vivienda de los pacientes (rural o urbana).

Todos los datos serán acompañados de sus respectivos porcentajes sobre el total de los pacientes.

3.2 RESULTADOS.

El número total de los pacientes considerados en -- el estudio fué de 1411, en los cuales se practicaron --

1481 diagnósticos.

A continuación presentamos los grupos dermatológicos ordenados según su frecuencia, lo mismo que sus porcentajes en relación con el total de los diagnósticos.

	Dermatosis	Dxs.	%
1.	Eczemas	264	17.82
2.	Tumores	225	15.19
3.	Micosis superficiales	153	10.33
4.	Dermatovirosis	132	8.91
5.	Piódermias	85	5.73
6.	Enf. trans. sexual	61	4.11
7.	Erup. lumínica polimorfa	56	3.78
8.	Discromias	56	3.78
9.	Prúrigos	48	3.24
10.	Zooparasitosis	40	2.70
11.	Acné	37	2.49
12.	C.V.C. Pierna	23	1.55
13.	Otras	301	20.32
		1481	

Grupo 1 Eczemas. En el grupo más abundante de la consulta dermatológica se encontraron las siguientes patologías: eczemas de contacto, pitiriasis alba, dermatitis seborreica, dishidrosis y el liquen simple crónico o neurodermatitis circunscrita; éstos de manera frecuente y también algunos casos de dermatitis atópica y un caso de eczema del pezón.

- Grupo 2 Tumores. Se observaron tumores malignos y benignos; entre los malignos hubo casos de Ca Baso celular y Ca Epidermoide, no observándose ningún caso de Melanoma Maligno. Entre los tumores benignos se observaron: nevos nevocíticos, nevos epidérmicos, queratosis seborréicas hemangiomas, granulomas piógenas, queloides, lipomas, fibromas, quistes y tumores de anexo.
- Grupo 3 Micosis Superficiales. Hubo casos de tiñas de la cabeza, del cuerpo, de las ingles, de los pies y de las uñas, lo mismo que de Pitiriasis Versicolor y candidiasis.
- Grupo 4 Dermatovirosis. Se presentaron casos de herpes simple, herpes zoster, verrugas vulgares, verrugas plantares, verrugas planas, condilomas acuminadas, molusco contagioso y varicela.
- Grupo 5 Piodermias. Hubo diagnósticos de impétigos, abscesos, furúnculos, foliculitis, erisipela e hidrosadenitis.
- Grupo 6 Enfermedades de transmisión sexual. Se observaron casos de sífilis, gonorrea, y chancroide. Los condilomas acuminadas se observaron dentro del grupo de las dermatovirosis, lo mismo que el herpes genital.
- Grupo 7 Erupción polimorfa lumínica. Se consideraron

los casos etiquetados como dermatitis solar -- dentro de este grupo.

Grupo 8 Discromias. Hubo casos de melasma, vitiligo, -- dermatosis cenicienta y amiloidosis cutánea.

Grupo 9 Prúrigos. Se observaron casos de prúrigo por -- insectos y prúrigo crónico de etiología desconocida.

Grupo 10 Zooparasitosis. Se diagnosticaron casos de es- cabiosis y pediculosis capitis y pubis.

Grupo 11 Aené. Se incluyeron en este grupo los casos de erupciones -- típicamente reportadas.

Grupo 12 Complejo vásculo cutáneo de pierna. Comprendió los diagnósticos de úlcera de pierna, complejo de pierna, dermatitis ocre, úlcera hipostática que realmente expresan la misma entidad.

Grupo 13 En este grupo se incluyeron los demás diagnós- ticos realizados; también aquí quedaron clasi- ficados los casos en los que no se encontraron lesiones cutáneas al examinarse a los pacien- tes, lo cual no fué raro.

Los demás diagnósticos practicados fueron los si- guientes: urticaria, miliaria, liquen plano, psoriasis, rosácea, liquen escleroso y atrófico, queratosis pilar, fitofotodermatitis, fotosensibilización, morfea, derma-

tomiositis, alopecia areata, alopecia difusa, pitiriasis rosada, reacción a cuerpo extraño, eritema pigmentado fijo, púrpura, tejido de granulación exuberante, pe-lagrag a, lupus eritematoso discoide, fístulas, livedo re-ticularis, queratodermia palmoplantar, liquen espinulo-so, leishmaniasis, síndrome verrugoso, esporotricosis, enfermedad de Darier, porqueratosis de Mibelli, esclerodermia, apéndices auriculares, callo, mal perforante plantar, pénfigo.

EDAD:

	Años	Pacientes	%
1.	0-10	360	25.51
2.	11-20	333	23.60
3.	21-30	273	19.34
4.	31-40	147	10.41
5.	41-50	109	7.72
6.	51-60	93	6.59
7.	61-70	48	3.40
8.	+70	48	3.40
		<hr/>	
		1411	

SEXO:

	Pacientes	%
Masculino	540	38.27
Femenino	871	61.72
	<hr/>	
	1411	

AREA DE RESIDENCIA:

	Pscientes	%
Urbana	1081	76.11
Rural	330	23.88
	<hr/> 1411	

3.3 CONCLUSIONES

De los resultados obtenidos en la revisión de los 1411 pacientes, con los 1481 diagnósticos practicados - en los mismos podemos concluir:

1. En cuanto a los grupos dermatológicos más frecuentes tuvimos que las eczemas, los tumores y las micosis - superficiales ocuparon los 3 primeros lugares, co -- rrespondiéndoles el 17.82%, 15.19% y 10.33% respectivamente; lo que en conjunto representa un 43.37% de la consulta dermatológica.
2. Con relación al sexo de los pacientes, observamos -- que la relación se acercó bastante a 2:1 a favor del sexo femenino, al que correspondió un 61.72%.
3. En cuanto a las edades, observamos que los pacientes comprendidos en las tres primeras décadas de la vida representaron la mayoría del total, con 25.51%,23.60% y 19.34% en la primera, segunda y tercera década respectivamente.

Por lo anterior podemos decir que prácticamente

la mitad de los pacientes se encuentran entre los 20 primeros años de edad y que el 78.86% corresponde a menores de 40 años.

4. Con respecto al tipo de vivienda, tuvimos que el 76.11% proviene de áreas urbanas, contra un 23.88% que proviene de zonas rurales, lo que nos proporciona una relación cercana al 3:1 en favor de proveniencia de áreas rurales de nuestros pacientes.

3.4 COMENTARIOS.

Pensamos que las eczemas y las micosis superficiales no han constituido una sorpresa al encontrarse dentro de los 3 grupos de dermatosis más frecuentes; la aparición de tumores dentro de las mismas sí nos ha parecido un resultado interesante e inesperado. Las condiciones socio-económicas propias de nuestro grupo nos había hecho pensar que las dermatosis infectocontagiosas presentarían grupos muy numerosos que ocuparían los primeros lugares; sin embargo, las dermatovirosis representaron sólo el 8.91% y las piodermias un 5.73%.

Las micosis superficiales invariablemente representan un grupo importante en todas las áreas de clima tropical, nuestro caso no fué la excepción.

La elevada frecuencia en cuanto a tumores nos recuerda que en la casuística norteamericana se presentó

un 15.80% a este respecto, presentando la muestra un -- 15.19%; sin embargo, no hubo ninguna relación en cuanto a la dermatosis más frecuente para ellos que fué acné -- con 27.40%, contra un 2.49% nuestro.

Dentro del grupo de las eczemas la dermatitis por contacto representó un porcentaje importante, hecho que nos proyecta el carácter de auto-medicación frecuente -- en nuestra población, que acostumbra el empleo de plantas medicinales y remedios caseros.

3.5 RECOMENDACIONES.

Después de revisar los resultados y conclusiones -- del estudio creemos conveniente enfatizar algunos pun -- tos, tras lo cual se pueda constituir más beneficiosa -- la situación de nuestros pacientes.

Creemos conveniente la programación de charlas o -- conferencias tendientes a ampliar los conocimientos del -- grupo de médicos generales, residentes e internos del -- hospital, en relación con los grupos dermatológicos más -- frecuentes. Algunos de los grupos seguramente serán am -- pliamente conocidos por los mismos, como las micosis su -- perfciales, pero otros, como el de tumores seguramente -- no lo sean.

También creemos que sería importante la realiza -- ción de pláticas a nivel de unidades y puestos de salud

sobre la importancia de abstenerse del empleo de hierbas o medicamentos caseros en el tratamiento de las dermatosis.

Pensamos que también sería de gran importancia facilitar la labor de los dermatólogos del hospital, dotando al consultorio dermatológico de material adecuado así como comprobar periódicamente la existencia de los medicamentos necesarios en la farmacia del hospital.

Por otra parte creemos conveniente investigar acerca del poco flujo de pacientes de las áreas rurales a la consulta dermatológica, ya que el hospital representa el centro de consulta especializada más próximo para un amplio número de personas.

A continuación se presenta una pequeña revisión de los aspectos clínicos de los grupos dermatológicos más frecuentes.

4. CUADROS CLINICOS DE LAS DERMATOSIS MAS FRECUENTES EN EL H.S.R.

4.1 ECZEMAS.

Son síndromes inflamatorios de la piel, inducidos por una amplia gama de factores internos (endógenos) y externos (exógenos), actuando separada o conjuntamente, en los que pueden asociarse anormalidades inmunológicas o constitucionales, inclusive factores no específicos. Se caracterizan por la presencia de eritema, edema, vesiculación, con exudación y aparecimiento de escamas y liquenificación, los cuales se suceden o se asocian; generalmente se acompañan de prurito.

Este síndrome eczematoso puede ser clasificado en agudo, subagudo y crónico. En el eczema agudo predomina eritema, edema, vesículas y exudación; el eczema subagudo tórname menos agudo y hay aparecimiento de escamas. Si surge liquenificación e hiperpigmentación en la piel se trata de un eczema crónico. Los eczemas más frecuentes son los causados por agentes exógenos y pueden presentarse como eczema agudo, subagudo ó crónico, y son desencadenados por dos mecanismos etiopatogénicos.

- 1) Por irritante primario: agentes que por sí solos poseen propiedades irritativas en la piel sin intervención de mecanismos inmunológicos.
- 2) Por hipersensibilidad mediada por células(tipo IV)

En nuestro medio, los agentes contactantes más frecuentes son: jabones, medicamentos tópicos tipo antibióticos o antihistamínicos y vegetales aplicados tópicamente. Estos pueden causar sensibilización o no. Una o más formas de eczema pueden estar presentes en un mismo paciente; los tratamientos incorrectos pueden producir dermatitis de contacto por irritante primario o por sensibilización y pueden aparecer sobre dermatosis de otro origen.

ECZEMAS ENDOGENOS.

- Dermatitis Atópica, tiene localización preferencial en pliegues cutáneos, se acompaña de marcada xerodermia y extrema sensibilidad a los diferentes antígenos domiciliarios; se asocian factores inmunológicos y genéticos importantes. En los pacientes o sus familiares se encuentra asma o rinitis alérgica.
- Eczema Numular, con lesiones distribuidas irregularmente por el tegumento, se caracterizan por placas en forma de monedas eritemato-vesico-exudativas, asociadas a prurito. Puede asociarse a un estado atópico.
- Eczema Seborréico, Dermatitis crónica de causa desconocida, en la cual ocurre acelerada multiplicación celular; se asocia a una disfunción sebácea constitucional que denominamos estado seborréico. En niños menores se constituye la costra láctea. Más tarde en la infancia aparece eritema y escamas que afectan cuero cabelludo, -

surcos y áreas intertriginosas; en el adulto, se incluyen lesiones en surco nasogeniano, retroauricular, tórax, regiones púbica, genital y axilar. Caspa y exceso de grasa son formas mínimas del eczema seborréico. Puede acompañarse de prurito leve.

-DISHIDROSIS (Pomfolix)

Se trata de un cuadro de lesiones vesiculosas en palmas y plantas, actualmente se considera reacción eczematosa de origen desconocido; en algunos casos se asocia a pacientes atópicos.

- Pitiriasis Alba (Eczematidos), es una afección frecuente en niños y adolescentes. La etiopatogenia no está esclarecida, aunque la luz solar puede ser un factor desencadenante; en otros casos se descubre un estado atópico o una dermatitis seborréica. Se caracteriza por máculas hipocrómicas con mínima descamación fina, que se localiza de preferencia en cara, tórax y miembros superiores. El tamaño de las lesiones es variable, generalmente son asintomáticos.

El tratamiento de los eczemas se realiza de acuerdo al tipo de eczema; lesiones húmedas, deben ser tratadas con soluciones secantes astringentes; en los eczemas subagudos pueden usarse pastas o cremas como vehículos de esteroides tópicos. Para lesiones crónicas y descamativas se prefieren los unguentos. Debemos tener en mente que debe retirarse todo medicamento tópico que pueda i-

rritar más la dermatosis y ocasionar un eczema de contacto agregado. Los otros tipos de eczema se tratan de manera blanda con cremas de esteroides, ácido salicílico o azufre. Igualmente hay que orientar al paciente a no colocarse ningún medicamento tópico, fuera los indicados por el dermatólogo.

4.2 TUMORES DE LA PIEL.

La mayoría de tumores de la piel son identificados al ser estudiada la pieza extirpada, o sea que el diagnóstico final es dado por el patólogo. Es conveniente el hablar de tumores de la piel, incluir ciertas hiperplasias o malformaciones, se justifica porque en su evolución natural pueden dar neoplasias verdaderas. El término hamartoma puede ser más apropiado para aquellos nevos que no tienen células névicas y son compuestos por estructuras maduras o casi maduras. Nevo de células névicas es el término apropiado para las otras lesiones.

De acuerdo a Lever, los tumores epidérmicos pueden ser divididos en tumores de la superficie de la epidermis y tumores de anexos epidérmicos; en cada uno de ambas clases hay tumores benignos y malignos. También debemos incluir las lesiones premalignas localizadas apenas en epidermis llamados tumores in-situ.

Los tumores de la superficie de la epidermis pueden clasificarse así:

1) TUMORES BENIGNOSOUTSTES

- | | | |
|-------------------------------|---------------------------|------------------|
| - Nevo epidérmico linear | Epidérmico | Velloso eruptico |
| - Nevo comedónico | Milfo | |
| - Acanthoma epitelmolítico | Triquilemal | |
| - Nevo blanco esponjoso oral | Esteatocitoma múltiple | |
| - Keratosis seborréica | Dermoide | |
| - Acanthoma de células claras | broncogénico y tireogloso | |
| - Disqueratoma verrugoso | Falo mediana del pene | |
| - Queratoacantoma | | |

2) TUMORES PRECANCEROSOS (in-situ)

- Keratosis solar (actínica)
- Leucoplasia pre-cancerosa
- Papilomatosis oral florida
- Enfermedad de Bowen
- Eritroplasia de Queyrat

3) CARCINOMAS

- Basocelular
- Espino celular
- Enfermedad de Paget

4) TUMORES DE ANEXOS EPIDERMICOS

Los tumores de anexos pueden clasificarse en 4 grupos, dependientes al tipo de anexo al que se diferencien.

- Con diferenciación a folículo piloso
- Con diferenciación a glándula sebácea
- Con diferenciación a glándula apócrina
- Con diferenciación écrina

Los epitelomas Basocelulares según este autor no

son carcinomas verrucosos; se consideran tumores de anexo menos diferenciados.

Presentada la más reciente clasificación en relación a los tumores de la piel, haremos una breve descripción sobre los tumores más frecuentemente encontrados en la consulta diaria, siendo la mayoría diagnosticados finalmente por el patólogo ante varias sospechas clínicas.

NEVO EPIDERMICO LINEAR O NEVO VERRUCOSO

Puede presentarse de manera localizada o sistematizada, puede estar ya al nacimiento o aparecer tiempo después. Se describen pápulas hiperqueratósicas papilomatosas dispuestas linealmente y hemilateral. Existe una forma de Nevo Epidérmico Verrucoso Inflamatorio Linear, en el cual encontramos eritema y prurito asociado. Al estudio histopatológico encontramos hiperqueratosis, papilomatosis y acantosis; pudiendo observar inclusive hiperqueratosis epidermolítica con degeneración granular de la epidermis.

QUERATOSIS SEBORREICA

Se trata de un tumor benigno, pigmentado, constituido por pápulas que confluyen formando placas verrucosas, que se recubren por escama adherente grasosa. Se localizan preferentemente en tronco, cara, cuello y miembros superiores. Puede ser irritada o sufrir infección secundaria. La histopatología muestra hiperqueratosis, acantosis

con papilomatosis con láminas epidérmicas normales y células basaloides pequeñas.

QUISTES EPIDERMICOS.

Son tumores de crecimiento lento, firmes, elevados, de localización intradérmica o subcutánea y dejan de crecer entre 1 y 5 cm. de diámetro. Ocurren en cara, cuero cabelludo, cuello y tronco. Pueden ocurrir de manera múltiple como en el Síndrome de Gardner que se acompaña de poliposis intestinal. Histopatológicamente la pared es compuesta de epidermis verdadera con células escamosas, capas granular y córnea. El quiste está lleno de material córneo que se dispone de manera laminar.

QUISTES TRIQUILEMALES.

Son clínicamente indistinguibles de los quistes epidérmicos; varían por la frecuencia y distribución, la mayoría ocurriendo en el cuero cabelludo. Hay factor genético de transmisión autosómico dominante. Al estudio histopatológico la pared del quiste es compuesta por células epidérmicas, sin puentes intercelulares, que en la periferia muestran palizada sin células granulosa. El contenido del quiste es homogéneo, eosinofílico pudiendo haber áreas de calcificación.

ESTEATOCITOMA MÚLTIPLE

La morfología del esteatocitoma múltiple muestra lesiones quísticas; se diferencian de los quistes anterior-

res por la histopatología en la que muestran presencia de glándulas sebáceas cerca de la pared del quiste.

QUISTES DE MILIO

Son múltiples pápulas blanquecinas de 1-2mm. de aparecimiento espontáneo, o secundarios a enfermedades como pénfigos, penfigoides, epidermolisis ampollosas, porfirias, liquen esclero-atrófico y post-dermoabvación. Se diferencian de los quistes epidérmicos sólo por el tamaño menor.

QUISTES DERMOIDE

Son quistes subcutáneos presentes al nacimiento, -- más frecuentes en la cabeza alrededor de los ojos, a menudo adherentes al periostio. Al estudio histopatológico poseen todos los anexos cutáneos.

QUERATOACANTOMA

Se asemeja clínica e histopatológicamente al Carcinoma Espinocelular, con el cual se diferencia por su aparecimiento más rápido y carácter benigno; ya que en general involuciona espontáneamente. Puede ser solitario o múltiple. Hay elementos favorables a su origen del epitelio folicular. Se trata de una neoformación hemisférica de 1 a 2 cm. de diámetro, de configuración volcánica cuyo cráter es ocupado por masa córnea; posee borde regular color blanco amarillento, pretiere áreas descubiertas. Pueden haber formas atípicas verrucoides y gigantes.

PRE-CANCEROSIS

Entre las precancerosis están las lesiones citológicamente malignas localizadas apenas en la epidermis, por tanto, biológicamente todavía benignas (Dubreilh 1896)

Queratosis Actínicas (Solares): Son lesiones múltiples -- que ocurren en áreas expuestas a radiación solar, en personas mayores de 50 años y de piel clara.

Los factores más importantes son la exposición solar sin la debida protección. Son lesiones máculo-papulosas cubiertas por escamas duras, secas, con superficie áspera, color castaño oscuro, de 0.5cm - 1cm.; forman placas adherentes que sangran al desprenderlas. Pueden haber máculas hiperpigmentadas cuando son iniciales. El aparecimiento de halo eritematoso o infiltración de su base puede indicar transformación maligna. A la histopatología muestra desorden celular en el estrato de malpighio, con atipias celulares en capas más profundas; se mantiene intacta la capa basal.

LEUCOPLASIA.

Se refiere al aspecto que toma la hiperqueratosis de las superficies mucosas (lengua blanca). Puede verse en mucosas anal, genital y oral. Puede ser debida a irritación crónica (dentadura, rascado crónico, liquen plano, candidiasis, sífilis secundaria, liquen esclero-atrófico). Debemos diferenciarlas de lesiones pre-neoplásicas.

cas y neoplásicas de las lesiones en placa blancas benignas; por lo que se recomienda la toma de biopsia ante -- cualquier lesión en la que se sospeche malignidad.

ENFERMEDAD DE BOWEN (Bowen, T 1912)

En su mayoría se trata de lesiones solitarias. Representa un carcinoma espino celular (in-situ) o intraepidérmico. Se caracteriza por lesión escamosa que forma una placa costrosa o secretante, que se extiende por la periferia con cura central. El diagnóstico diferencial -- debe hacerse con la psoriasis, dermatofitosis y epitelioma basocelular; puede tornarse invasivo y dar metastasia. Cuando esta lesión se localiza en el glande se refiere -- como la ERITROPLASTIA DE QUEYRAT (1911); pudiendo haber -- lesiones análogas en el sexo femenino. En ambas la histopatología muestra un desorden celular en la epidermis con -- núcleos pleomórficos y atipias celulares. Se han observado células disqueratósicas. A diferencia de la querato-- sis actínica hay invasión del desorden celular al epitelio folicular.

CARCINOMA ESPINOCELULAR.

Es un tumor de la piel originario de queratinocitos epidérmicos. Las características del tumor más importantes son: anaplasia, crecimiento rápido, invasión de tejidos vecinos y su habilidad de dar metástasis. Entre los factores asociados al aparecimiento de estos tumores es-

tán: carcinógenos, ingestión de arsénico, luz solar, radiaciones ionizantes, cicatrices antiguas. Como se ha mencionado anteriormente existen formas intraepiteliales que pueden permanecer durante años antes de producirse la invasión y dar metástasis.

La frecuencia de apareamiento de un Ca espino celular invasivo se estimó así: queratosis solar 12%, enfermedad de Bowen 5%, Eritroplasia de Queyrat 10%. Los Ca espino celulares que inician "de novo", es decir, -- sin lesión previa son los más agresivos. Inicialmente a parece como una lesión firme y eritematosa que se torna lisa, friable o verrucosa y papilomatosa, a veces con descamación. Su invasión fija el tumor a estructuras subyacentes. Puede haber ulceración central y sangramiento, los bordes son duros y elevados. Los Ca espino celulares que aparecen en úlcera irradiada son los más anaplásicos, siendo a veces muy difícil diferenciarlos de los fibrosarcomas o melanomas.

TUMORES DE ANEXOS EPIDERMICOS.

Los tumores benignos de anexos epidérmicos congénitos (ej: nevo sebáceo), podemos asumir que derivan de las células germinativas embrionarias epiteliales primarias. En otros casos derivan de las células pluripotenciales que se han formado durante la vida y poseen el potencial de las células epiteliales primarias de diferenciarse en tumores con estructuras foliculares y de --

glándulas sebáceas y apócrinas, igualmente que los tumores originarios de estructuras écrinas. En algunos casos pueden haber tumores determinados genéticamente. Ej: tricoepiteliomas múltiples). Muchos de los tumores han podido ser actualmente clasificados por métodos histoquímicos enzimáticos y microscopía electrónica

EPITELIOMAS BASOCELULARES.

De acuerdo a Lever, estos tumores son los menos diferenciados de los tumores benignos de anexos. Se admite actualmente que se origina de focos embrionarios latentes de células incompletamente indiferenciadas, potencialmente capaces de formar anexos. Se consideran casi incapaces de dar metástasis; por otro lado, poseen malignidad local, pudiendo invadir y destruir tejidos adyacentes. Es el más frecuente de todos los tumores epiteliales. Ocurre más frecuentemente en individuos arriba de los 40 años, siendo factores predisponentes la exposición a la radiación solar y la piel clara. Se localiza preferentemente en los 2/3 superiores de la cara. No existe primariamente en mucosas y es raro en palmas y plantas. Se han considerado cuatro tipos clínicos: nódulo-ulcerado, pigmentado, fibrosante y superficial. El tumor se caracteriza por su superficie brillante de bordes perlados, cubierto por teleangiectasias y se ulcera. Histológicamente se caracteriza por células de núcleo grande, ovalado y poco citoplasma (basaloides), --

sin puentes intercelulares, estas células en su periferia se disponen como en palizada. Se clasifican los que no poseen diferenciación en: sólidos y los que muestran diferenciación hacia anexos como queratósicos, quísticos y adenoides. Tumores con diferenciación a estructuras pilosas como tricofolículos, tricoepiteliomas múltiples y solitarios, pilomatrizomas y triquilemomas, pueden presentarse como tumores nodulares cubiertos por piel normal o ligeramente oscuras, el diagnóstico de certeza es realizado por el estudio histopatológico de la muestra.

TUMORES CON DIFERENCIACION HACIA NEVO SEBACEO DE JADASSOHN:

Se caracteriza por una placa papulosa, amarillenta, elevada, con surcos en la superficie. Es una lesión generalmente única, de preferencia en cuero cabelludo. Se observa desde el nacimiento, aumentando lentamente hasta tornarse verrucosa. Histológicamente muestra folículos pilosebáceos hipoplásicos, para luego en la pubertad tornarse acantósico con glándulas sebáceas hiperplásicas. Se ha observado el apareamiento de otros tumores de anexos e inclusive epitelomas basocelulares en la superficie de este nevo.

TUMORES CON DIFERENCIACION APOCRINA.

Entre ellos están el nevo apócrino, hidrocistoma apócrino, hidradenoma papilífero,iringocistoadenoma pa-

pilífero, cilindroma, Estos tumores en la histopatología muestran activa secreción por decapitación.

TUMORES CON DIFERENCIACION ECRINA.

Entre estos tumores tenemos el nevo écrino, sirin-goma, hidrocistoma, poroma écrino, espiroadenoma écrino pueden presentarse como lesiones quísticas o nodulares color piel; todas estas lesiones son identificables por el estudio histopatológico. Cada uno de estos tumores tienen su contraparte maligna, aunque sea un acontecimiento considerado raro.

TUMORES MELANOCITICOS.

Son compuestos de uno de los siguientes tipos de células:

Células névicas

Melanócitos epidérmicos

Melanócitos dérmicos

Los tumores melanocíticos benignos de células névicas se dividen en: nevo de unión, nevo compuesto v nevo intradérmico. Variantes especiales incluyen: nevo de -- Spitz & Allen, nevo melanocítico congénito, nevo de células en balón, nevo halo.

Los tumores melanocíticos epidérmicos incluyen: -- léntigo simple, pecas, melanosis de Becker, léntigo senil.

Tumores benignos de melanocitos dérmicos son: mancha mongólica, nevo azul, nevo de Ota y nevo de Ito.

Los tumores melanocíticos compuestos de células névicas son llamados nevos melanocíticos; clínicamente se confunden con frecuencia; intentaremos hacer su descripción. El nevo de unión es habitualmente una lesión maculosa sin folículos pilosos, de color acastañado o negro, plano y en general no pasa los 10 mm. Los nevos intradérmicos y compuestos son casi indistinguibles entre sí, -- son elevados y pueden ser papilomatosos. La mayor parte de estas lesiones aparecen en el adolescente o en el adulto joven. Histológicamente vemos células névicas que son parecidas a los melanocitos pero no poseen dendritas, y se caracterizan por agruparse en nidos o tecas. Pueden situarse en la epidermis, dermis y epidermis o solamente en la dermis. A medida que se profundizan en la dermis se hacen más pequeñas tomando el aspecto de fibroblastos. Estas células no muestran atipias y poseen el límite lateral bien definido. Puede haber presencia de melanina en cantidad variable.

NEVO DE SPITZ & ALLEN (Melanoma benigno juvenil)

Gran parte de ellos ocurre alrededor de los 14 años usualmente es lesión solitaria, prefiere cara y miembros superiores. Consiste en una neoformación hemisférica rosada o ceniza, a veces pigmentada, lisa y translúcida, generalmente menor de 1 cm. Histológicamente posee la ar

arquitectura de un nevo intradérmico o de unión. Por su pleomorfismo e infiltrado inflamatorio se le ha confundido con melanoma maligno. Sus células se arreglan en nidos, no hay invasión de la dermis adyacente, habiendo maduración de las células névicas en cuanto se profundizan en la dermis; mitosis atípicas son raras.

NEVO MELANOCITICO CONGENITO.

Son encontrados en el 1% de los recién nacidos; en la mayor parte de los casos son mayores que los nevos melanocíticos adquiridos. Se considera nevo melanocítico congénito gigante a las lesiones que miden más de 20 cm. y los no gigantes menos de 20 cm. La incidencia de melanoma maligno a partir de estas lesiones es del 1% para los nevos congénito no gigantes y del 12% para los nevos congénitos gigantes (Kopf et al, 1979). Histológicamente muestran nidos de melanocitos o melanocitos individuales en la epidermis o anexos, algunas con aspecto atípico. Las células névicas pueden extenderse a los 2/3 de la dermis reticular y entre los haces de colágeno y anexos.

LENTIGO SIMPLEX.

Tres tipos de léntigo se reconocen, léntigo senil, léntigo maligno y léntigo simple. El léntigo simple se trata de lesiones sin preferencia por áreas expuestas, pigmentadas de color marrón o negro y miden pocos milímetros. Se parecen mucho clínicamente al nevo de unión.

Histológicamente se reconoce un aumento en la concentración de melanocitos en la capa basal.

EFELIDES (Pecas)

Son máculas color castaño, se pigmentan por acción de la exposición solar. Histológicamente no hay diferencia con los melanocitos normales, pero tienen su función aumentada, ya que se detecta una dopa oxidasa fuertemente positiva y las dendritas son mayores.

MELANOSIS DE BECKER

Descrita por Becker (1949), muestra una mácula hiperpigmentada de varios centímetros de tamaño con hipertricosis localizada, prefiere el hombro en individuos del sexo masculino. Histológicamente hay aumento en el número de melanocitos juntamente con hiperpigmentación de la capa basal con folículos pilosos normales.

LENTIGO SENIL

Ocurre frecuentemente como lesiones múltiples en áreas expuestas al sol, son más frecuentes en individuos arriba de los 70 años. Histológicamente vemos alargamiento de los conos interpapilares. Parece haber un ligero aumento en el número de melanocitos. Poseen capacidad aumentada de producir melanina pues están provistos de dendritas mayores y más numerosas.

NEVO AZUL.

Aparece como un tumor pequeño, circunscrito, cupuliforme, la mayoría localizado en dorso de manos o pies. - Se caracteriza por infiltrado celular de melanocitos con sus dendritas entre los haces de colágeno en la dermis; se observan finos gránulos de melanina, en algunos casos puede detectarse en el infiltrado células de aspecto fusiforme, estas pueden penetrar hasta el tejido celular subcutáneo.

MELANOMA MALIGNO.

El melanoma maligno puede ser de localización insitu o invasivo. Al melanoma insitu pertenecen el Lentigo Maligno, el Melanoma maligno de extensión superficial y el MM Acro-Lentiginoso.

Melanoma maligno puede ser dividido en cinco tipos en forma general

- Lentigo maligno melanoma
- MM Extensión superficial
- MM Acro Lentiginoso
- Melanoma maligno que inicia en dermis a partir de un nevo congénito
- Melanoma maligno nodular
- Nevo azul maligno

Los tipos clínico-histopatológicos de melanoma maligno, difieren en su modo de apareamiento, curso y pronóstico. Las dos formas más frecuentes son: MM de

extensión superficial (70%), melanoma nodular (15%).

LENTIGO MALIGNO MELANOMA

Se inicia de una lesión de léntigo maligno, que es una lesión insitu, maculosa, en áreas expuestas al sol, coloración pigmentada irregular que crece a través de los años, no muestra induración en su superficie. Puede convertirse en un Léntigo Maligno Melanoma hasta en un 33% de los casos. Lesiones induradas o nodulares muestran ya invasión de la dermis, aunque esto ocurra tardíamente en su evolución, por tanto la sobrevida es buena.

MELANOMA DE EXTENSION SUPERFICIAL.

Inicia como lesión in situ (melanoma pagetoide), el desarrollo del melanoma invasivo se sospecha por el apareamiento de pápulas y nódulos en su superficie, Inicialmente la lesión es maculosa y oscura con pigmentación irregular y límites mal definidos. El pronóstico está en la dependencia de la profundidad de invasión.

MELANOMA NODULAR.

Es invasivo desde el principio, inicia como un nódulo pigmentado elevado que crece rápidamente y se ulcera. el pronóstico es reservado.

MELANOMA ACRO-LENTIGINOSO.

Ocurre en palmas y plantas, regiones ungueal y pe-

riuhgueal. Es el tipo más frecuente en pacientes de raza negra. Ulceración y metástasis ocurren tempranamente en su evolución.

Los melanomas malignos ocurren en cualquier área de la piel. El aumento de tamaño, aparecimiento de pigmento, ulceración, sangramiento, la formación de costra o lesiones satélites en un nevo pigmentado son indicativos de melanoma. En algunos casos la pigmentación es discreta o ausente (Melanoma Maligno Amelanótico). En general son tumores con gran potencial de metástasis; alcanzan precozmente los linfonodos y se diseminan vía hematógena a hígado, pulmones, cerebro y piel. El diagnóstico se hace por biopsia por excisión en lesiones pequeñas, o biopsia incisional si las lesiones son mayores. Los criterios de Clark (niveles de invasión) y de Breslow (espesura del tumor), son de enorme valor para evaluar el prognóstico.

Histológicamente estos tumores se originan de la unión dermo-epidérmica, constituidos por infiltrado tumoral de células anaplásicas en dermis y epidermis; puede llevar a ulceración de la epidermis. Dos tipos de células son reconocidos; el tipo epiteloide y el tipo fusiforme, pero como regla general predomina un tipo, Generalmente se observa un número de mitosis aumentado. El tratamiento es siempre quirúrgico. Muy buenas revisiones y trabajos han sido dedicadas a este tema, entre los que

y Elder, D 1988.

4.3 MICOSIS SUPERFICIALES.

Dentro de este grupo se clasifican a las enfermedades causadas por hongos que invaden únicamente el estrato córneo de la epidermis, aunque ocasionalmente podrían colonizar más allá del mismo, siendo ésto una eventualidad bastante rara.

Entre las micosis superficiales reconocemos 3 entidades principales: las tiñas, la pitiriasis versicolor y las candidiasis.

TIÑAS.

Son un grupo de padecimientos cutáneos producidos por hongos parásitos estrictos de la queratina de la piel y sus anexos llamados dermatofitos.

La severidad de la infección dependerá principalmente de dos variantes: la especie del dermatofito y la sensibilidad del huésped al agente en particular.

Existen 3 géneros de dermatofitos: *Microsporum*, *Trichophyton* y *Epidermophyton*.

Dependiendo del medio en el que generalmente habitan se han clasificado en antropofílicos, zoofílicos y geofílicos; según habiten en el hombre, animales o en el suelo respectivamente.

Actualmente se reconocen 39 dermatofitos que incluyen 2 especies en el género *Epidermophyton*; 16 en el género *Microsporum* y 21 en el género *Trichophyton*.

Los numerosos dermatofitos conocidos producen una serie de síndromes bien identificados. Una misma especie puede ser la causa de un cuadro sintomático diferente, dependiendo de la zona anatómica afectada. Basándose en lo anterior se conocen los siguientes tipos de tiña: tiña de la cabeza, tiña de la cara, tiña del cuerpo, tiña de la barba, tiña inguino-crural, tiña de la mano, tiña de los pies y tiña de las uñas.

Cuando su clasificación es por agente etiológico hay que considerar también la tiña *favosa* y la tiña *imbricada*.

Tinea capitis o tiña de la cabeza:

Existen dos grandes tipos de tiña de la cabeza: la tiña seca o no inflamatoria y la tiña inflamatoria o Querion de Celso.

La tiña de la cabeza no inflamatoria presenta la siguiente sintomatología: placas pseudoalopécicas en la cabeza de un niño, una o varias, de diversos tamaños, en las cuales realmente no falta el pelo, si no que está roto. Pelos cortos, envainados, decolorados, deformados, de milímetros, que en ocasiones aparecen como pe--

queños puntos negros enterrados en la piel. Escamas más o menos abundantes.

Cuando el agente causal es *T. tonsuraus* generalmente se observan varias placas pequeñas; en cambio cuando es *M. Canis* se observa una placa grande única.

Tiña de la cabeza inflamatoria o Querion de Celso:

Corresponde a un estado inflamatorio severo que se presenta como respuesta a los factores inmunológicos -- puestos en juego por algunos pacientes al ser afectados por una tinea capitis. Hay dolor intenso, eritema, inflamación y aparición de abscesos y pústulas, lo cual es seguido por la presencia de una tumefacción muy dolorosa, - en la cual se abren las pústulas en numerosos sitios, no tratándose de una infección bacteriana agregada, sino de un proceso de defensa del propio organismo. Al cabo de 4 a 6 semanas se resuelve el cuadro dejando alopecia permanente y definitiva como secuela.

Tinea barbae o tiña de la barba:

Aparece como una foliculitis de la barba, generalmente producida por dermatofitos provenientes de animales. Las lesiones típicas son las de una foliculitis pustulosa y tienden a la regresión espontánea; algunas veces - tienden a la cronicidad y son rebeldes a tratamientos tópicos.

Tinea corporis o tiña del cuerpo.

Se caracteriza por una lesión circular que crece hacia la periferia. El borde es eritematoso y puede presentar vesículos. Generalmente hay antecedentes de contacto -- con animales. Son pruriginosos.

Tinea facie o tiña de la cara:

Puede considerarse dentro del grupo anterior, teniendo en cuenta su localización en la cara.

Tinea cruris o tiña inguino-crural:

Puede ser aguda o crónica, generalmente muy pruriginosa. Afecta principalmente ingles, áreas perineales y perianales. Cuando el agente es *T. rubrum* las lesiones pueden salirse de los límites habituales. Son lesiones rojizas, y cuando no están impetiginizadas tienen apariencia seca.

Tinea manuum o tiña de la mano:

Afecta principalmente la palma de la mano. Puede ser unilateral y generalmente asintomática. Los signos principales son: sequedad, descamación y eritema.

Tinea pedis o tiña de los pies:

Es la dermatofitosis más común en los climas templados. Se origina generalmente en los pliegues interdigitales;

el signo clínico más precoz suele ser un área macerada y agrietada en el tercer o cuarto espacio interdigital del pie o bajo los pliegues interfalángicos de los tres últimos dedos (forma intertriginosa). También pueden encontrarse las formas vesiculosas y las formas hiperqueratóticas, en las últimas se presentan grietas persistentes y aparece hiperplasia compensatoria en la piel adyacente al área infectada

Tinea unguium o tiña de las uñas

Generalmente provienen de otros sitios infectados, pudiendo invadir uñas de pies y manos.

La invasión inicia por los bordes libres o por los bordes laterales de la uña, hasta atacarla completamente. Pueden estar afectadas una o varias uñas de manos y pies, las que se tornan opacas, amarillentas, quebradizas, estriadas y su borde se carcome poco a poco.

Pitiriasis Versicolor:

Es producida por la *Malassezia furfur* hongo frecuente en zonas tropicales. Ataca principalmente el tronco y raíces de los miembros. Su morfología consiste en manchas, eritematosas pigmentadas o hipocrónicas, cubiertas por escama fina. Los diferentes colores que puede presentar ha servido para darle su nombre de Pitiriasis Versicolor. Las lesiones generalmente son asintomáticas

y pueden confluír formando placas grandes sin borde activo, solamente con la fina descamación.

El padecimiento suele ser crónico y con recidivas frecuentes.

Candidiasis:

Es la parasitación de piel y mucosas por levaduras del género *Candida*, especialmente *Candida albicans*.

La *Candida albicans* se ha considerado el ejemplo más clásico de lo que es un parásito oportunista; vive habitualmente como saprófito en las mucosas oral, nasal, vaginal y del tracto gastrointestinal. En circunstancias especiales *Candida albicans* se transforma de saprófita en patógena y puede producir desde un simple algodoncillo hasta graves septicemias.

Entre los factores predisponentes a su desarrollo están:

- a. Factores fisiológicos como cambios del pH de las mucosas.
- b. Maceración, humedad y trauma
- c. Dermatitis inflamatorias previas
- d. Mal estado de dentadura y prótesis
- e. Enfermedades metabólicas: Diabetes mellitus, obesidad.
- f. Enfermedades inmunodepresoras: leucemias, enfermedad de Hodking

g. Medicamentos que alteren la flora microbiana: anti-bióticos, esteroides, citotóxicos.

Las manifestaciones clínicas pueden verse en mucosas y semimucosas, piel y uñas principalmente.

Mucosas y semimucosas: la más conocida es el algodillo de los recién nacidos, debido al bajo pH de la mucosa oral, que consiste en placas cremosas, blanquecinas, como residuos de leche.

En la vagina se presenta como exudado lechoso amarillento, con prurito e inflamación de la mucosa.

Puede haber afección de otras mucosas, aunque es menos frecuente.

Piel: generalmente aparece en pliegues: interdigitales, inguinales, submamarlos axilares, etc. Se trata de fisuras y erosiones eritematosas, maceración, vesículos y pústulas, y algunas costras y escamas. En niños pequeños contribuye a formar la dermatitis del pañal, que es un cuadro similar a lo descrito, que afecta el área que cubre el pañal.

Uñas: se presenta en personas que mantienen las manos en frecuente o prolongado contacto con el agua. El borde ungueal se observa inflamado, eritematoso, desprendido de la uña, y esta se afecta principiando de la matriz hacia el borde libre. Luego aparecen estrías en

BIBLIOGRAFIA

- Fitzpatrick, T Dermatology in General Medicine,
3rd Edition, McGraw Hill, Inc. New York, 1987.
- Rook, A et al, Textbook of Dermatology,
3rd. Edition, Black well Scientific Publications, Oxford 1984.
- Fitzpatrick, T et al, Update: Dermatology in General Medicine,
McGraw Hill Book Company, New York, 1983.
- Da Fonseca & De Faria, Nevos, Dermatosis Cancerizaveis,
Atheneu Editora Sal Paulo, 1981.
- Sampaio, S et al, Dermatologia Básica, 3a. Edicao,
Artes Médicas, Sao Paulo, 1983.
- Azulay, RD, Compendio de Dermatologia, Guanabara Koogan,
Rio de Janeiro, 1985.
- Lever, W Histopathology of the Skin,
6th Edition, Lippincot Company, Philadelphia, 1983.
- Gumport, S et al, Dermatologic Clinics,
Vol. 3, Nº 2, W.B. Saunders Company, pages 315-326,
Philadelphia, 1985.
- Nietschel, E, Dermatologic Clinics, Vol. 2 Nº 4,
Oct, W.B. Saunders Company, Philadelphia, 1984.
- Provost Farmer, Current Therapy in Dermatology,
The C.V. Mosby Company, Philadelphia, 1987.

- . Hurwitz, S, Clinical Pediatric Dermatology, W.B. Saunders Company, Philadelphia, 1981.

- . Conant, N.F.; Smith, P.T et als: Manual of clinical mycology, 2nd ed. Philadelphia, W.B. Saunders Company, 1954.

- . Saúl, S.: Lecciones de Dermatología. Méndez Cervantes 10a. Ed. México, D.F. 1983.

- . Pizzol, J.L.: Estadísticas do Ambulatorio de Dermatología da Policlínica da Polícia Militar do Espiritu Santo (1980). Anais Brasileiros de Dermatologia, 58: 85-90, 1983.

- . Rippon, J.W.: Medical Mycology. The Pathogenic Fungi and the Pathogenic Detinomyces. W.S. Saunders. Philadelphia, London, Toronto, 1974.

- . Moschella, S.; Pillsbury, D.M. and Hurley, H: Dermatology W.P. Saunders Company. Philadelphia, London. Toronto, 1975.