

DERMATOLOGÍA PERUANA

REVISTA OFICIAL DE LA SOCIEDAD PERUANA DE DERMATOLOGÍA



EDUCACIÓN MÉDICA CONTINUA

- Hemangiomas y malformaciones vasculares

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

- Características epidemiológicas e inmunopatológicas de una cohorte de sujetos sanos positivos para anticuerpos anti desmogleína 1 procedentes de áreas endémicas de pénfigo foliáceo y vulgar del Perú
- Nivel de satisfacción del usuario en los consultorios externos de Dermatología del Hospital Nacional Dos de Mayo. Diciembre 2006
- Índice de severidad del área de psoriasis (PASI) en pacientes del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión
- Pénfigo foliáceo endémico en tres regiones de la amazonía peruana. Enero-diciembre 2004
- Calidad de vida, actividad y severidad de la psoriasis en pacientes de un policlínico de La Habana-Cuba. Enero-julio 2008

ARTÍCULO DE REVISIÓN

- Manifestaciones cutáneas de la infección por el virus linfotrópico T humano (HTLV-I)

COMUNICACIONES BREVES

- Larva migrans cutánea simulando herpes zoster
- Miasis cutánea migratoria. Reporte de un caso
- Siringocistoadenomas papilíferos. Descripción de dos casos

VOLUMEN 19 Nº 1
ENERO-MARZO 2009

EDITORIAL

Agradezco a la Junta Directiva de la Sociedad Peruana de Dermatología por haberme designado Director del Comité Editorial para el periodo 2009-2010. Honrado por el encargo recibido, dedicaré todo el tiempo necesario para conservar el nivel alcanzado y contribuir con la calidad científica para diseñar, realizar y publicar investigaciones que involucren seres humanos; pues considero que la investigación en cualquiera de sus modalidades debe ser de calidad excepcional y su producto final, la publicación, debe ser de excelencia. Coincido con la Dra. María de la Cruz Orozco, quien afirma "que una investigación cuyo producto final no reúna los estándares de calidad mínimos para trascender en los ámbitos científicos, educativos, etc., no deben pasar los Comités Editoriales de una revista científica".

Recordar también que investigar pero no publicar es una actitud egoísta e imprudente, considerando la baja producción científica peruana (0.95% de los artículos originales latinoamericanos). He conformado un equipo de primera contando como editor principal al Dr. Leonardo Sanchez Saldaña; como editor científico al Dr. Willy Ramos Muñoz, miembro del Instituto de Investigaciones Clínicas de la Facultad de Medicina de la U.N.M.S.M., docente con estudios de Maestría en Epidemiología, cuya dedicación y profesionalismo reconozco. Dentro de los editores responsables se ha integrado al Dr. Florencio Cortez Franco, Dr. Manuel Palomino Yamamoto, Dra. Celia Moisés Alfaro, Dr. Jorge Tirado Cedano y Dr. Octavio Small Arana.

Como editores asociados, se ha convocado a miembros de la Filial del Norte, Dr. Oscar Tincopa Wong, Dr. Gerardo Jiménez Luna, Dr. Cherman Zapata Granja, Dr. Percy Rojas y Dr. Eduardo Rojas; asimismo de la Filial del Sur a la Dra. Lilian Zapata Cárcamo, Dr. Ferdinand de Amat y Dr. Fredy Mostajo Quiroz.

La revista Dermatología Peruana, órgano oficial de la Sociedad Peruana de Dermatología, se encuentra dentro de las diez mejores revistas médicas indizadas en Scielo-Perú, por cumplir con la periodicidad, estar actualizada y publicar artículos de calidad. En la actualidad sólo cuatro sociedades científicas están indizadas en dicha base de datos: Gastroenterología, Psiquiatría, Medicina Interna y Dermatología. Debo felicitar primero al Dr. Luis Valdivia Blondet y en segundo lugar al Dr. Arturo Saettone León por el sitio que ocupa dentro de las publicaciones médicas en nuestro medio la Revista Dermatología Peruana.

Asimismo, nuestra revista ocupa el segundo lugar como revista científica con mayor número de citas recibidas por sus artículos que publica, indicador denominado Factor de Impacto (Factor de impacto modificado de las Revistas Médicas Indizadas en Scielo-Perú-2006).

Debo mencionar que dentro de las diez mejores revistas científicas del Perú figuran 4 médicos dermatólogos con el cargo de Director del Comité Editorial, el Dr. Zuño Burstein Alva de la Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública, el Dr. Francisco Bravo Puccio de la Revista Folia Dermatológica Peruana, el Dr. Ciro Maguiña Vargas de la Revista Acta Médica Peruana y el Dr. Arturo Saettone León de la Revista Dermatología Peruana. Asimismo, el Dr. Fredy Sotomayor, miembro de nuestra sociedad, es el Director del Comité Editorial de la Revista Las Praderas de los Celajes, órgano Oficial del Club Apurímac. Esto nos llena de orgullo y demuestra una vez más la vocación de servicio y desprendimiento personal que todo dermatólogo realiza a la colectividad.

En este primer número del año 2009, la Revista Dermatología Peruana presenta el trabajo de investigación de la Dra. Patricia Chávez

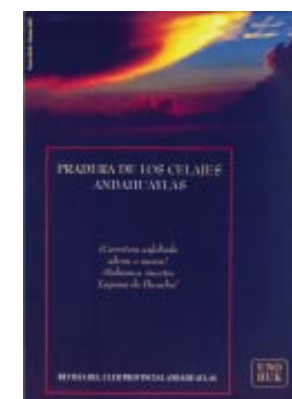
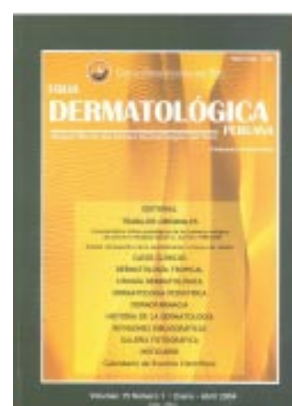
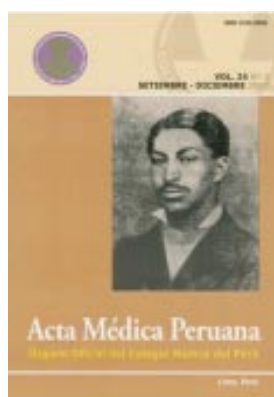
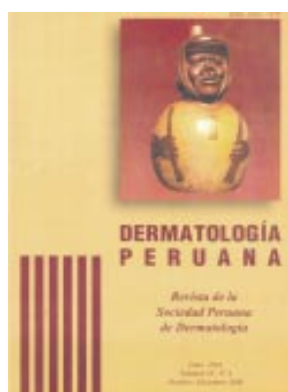
de Paz y colaboradores donde demuestra un alto nivel de satisfacción del paciente con la atención médica recibida en los consultorios externos de Dermatología del Hospital Nacional Dos de Mayo. Una de las pocas investigaciones al respecto, donde también se destaca el buen diagnóstico y tratamiento del médico especialista y connota la necesidad de una mayor cantidad de médicos dermatólogos en el país; lo que no se condice con la Resolución Ministerial N° 167-2009-MINSA del 19 de Marzo, en donde la especialidad de Dermatología no se encuentra como prioritaria dentro de las 25 especialidades y subespecialidades, para la formación de especialistas en Medicina Humana. Se sabe que de los 50,000 médicos en el Perú, existen sólo 450 médicos dermatólogos, de los cuales el 80% permanece en la capital. Asimismo para el 2007 las consultas externas en el campo dermatológico han sido muy altas, llegando casi a los 3 millones de atenciones en el sistema MINSa.

Dermatología Peruana también ha recibido el aporte de los dermatólogos de Cuba con un artículo sobre la Calidad de Vida en 100 Pacientes con Psoriasis, de los autores Dr. Israel Alfonso Trujillo, la Dra. Doraiquis Acosta Medina y la Dra. María del Carmen Toledo García; donde determinan la relación entre la actividad y severidad de la psoriasis con la calidad de vida de los pacientes del policlínico docente "Luis Li Tregant". en Guinnes de La Habana, Cuba estudio realizado en el período comprendido de Enero a Julio del 2008. La Dra. Zaida Gutiérrez, por su parte, estudia el índice de Severidad en pacientes con Psoriasis en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión – Callao, durante el periodo 1996-2005. Asimismo se incluyen trabajos sobre pénfigo foliáceo y vulgar endémico de la Amazonía Peruana, enfermedades ampollares, sobre las que nuestro país viene aportando numerosas investigaciones a la comunidad científica mundial.

Adicionalmente, en el rubro de las comunicaciones breves se cuenta con aportes de nacionales y extranjeros como el caso de Paraguay, de las doctoras Liz Lezcano, Beatriz Di Martino, Mirtha Rodríguez, Hilda Knopfmacher, Lourdes Bolla y Julio Recalde.

Al finalizar quiero agradecer profundamente a la industria farmacéutica que hizo posible que la Revista Dermatología Peruana se mantenga en circulación para benéplacito de toda la familia dermatológica del Perú.

Carlos Alberto Galarza Manyari



Hemangiomas y malformaciones vasculares

AUTOEVALUACIÓN N° 14

Dr. Leonardo Sánchez-Saldaña

Las respuestas correctas del test de AUTOEVALUACION serán publicadas en Dermatolperu 2009;19(2).

1. Los hemangiomas son:
 - a. Anomalías de los vasos debidas a una alteración del desarrollo embriológico.
 - b. Hamartomas compuestos de células endoteliales maduras.
 - c. Tumores vasculares que no proliferan ni involucionan.
 - d. Tumores benignos de estirpe epitelial, que representan un modelo de angiogénesis.
 - e. Tumores vasculares de bajo índice de recambio celular.
2. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones NO es una característica de los hemangiomas?
 - a. Están presentes al nacimiento en el 100% de los casos.
 - b. Muestran proliferación celular.
 - c. Son pequeños o están ausentes al momento de nacer.
 - d. Muestran crecimiento rápido durante la lactancia.
 - e. Involucionan durante la infancia.
3. Los hemangiomas se localizan con más frecuencia en:
 - a. Tronco
 - b. Cabeza y cuello
 - c. Area perineal
 - d. Area genital
 - e. Extremidades
4. ¿Cuál de los siguientes tumores o malformaciones vasculares NO es un hemangioma?
 - a. Angioma serpiginoso
 - b. Hemangioma infantil
 - c. Angioma en penacho
 - d. Hemangioma en cereza
 - e. Hemangioendotelioma kaposiforme.
5. La frecuencia de los hemangiomas es de:
 - a. 3 %
 - b. 5 %
 - c. 10 %
 - d. 25 %
 - e. 40 %
6. La mayoría de los hemangiomas infantiles se diagnostican por:
 - a. La clínica
 - b. Biopsia cutánea
 - c. Tomografía computarizada
 - d. Resonancia magnética
 - e. Ultrasonografía con doppler.
7. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones NO es cierta en relación con los hemangiomas?
 - a. Las primeras semanas de vida crecen rápidamente
 - b. La mayoría de los casos no involucionan
 - c. Los hemangiomas en penacho pueden ocasionar complicaciones en el niño
 - d. El angioma infantil o angioma en fresa, es el tumor más frecuente de la infancia.
 - e. Los hemangiomas son más frecuentes en los prematuros.
8. Los hemangiomas se localizan en:
 - a. Dermis papilar
 - b. Dermis reticular
 - c. Dermis reticular y tejido celular subcutáneo
 - d. Tejido celular subcutáneo
 - e. En la epidermis.
9. El síndrome de Sturge-Weber se caracteriza por:
 - a. Nevus flammeus facial localizado en la primera rama del trigémino
 - b. Nevus flammeus de localización metamérica

- en tronco
- c. Nevus flammeus con nevus pigmentoso
 - d. Angiomatosis leptomenígea ipsilateral
 - e. Son ciertas a y b
10. ¿Qué tratamiento indicaría de entrada en un hemangioendotelioma kaposiforme?
- a. Corticoides intralesionales
 - b. Corticoides sistémicos 1 mg/Kg/día
 - c. Interferon alfa-2b
 - d. Corticoides sistémicos 3 mg/Kg/día.
 - e. No requiere tratamiento
11. La manifestación más común del síndrome de Sturge-Weber es:
- a. Hemiplejía
 - b. Epilepsia
 - c. Glaucoma
 - d. Retardo mental
 - e. Son ciertas a y d
12. ¿Cuál de las siguientes entidades no está asociado a nevus flammeus?
- a. Síndrome de Klippel-Trenaunay
 - b. Síndrome de Sturge-Weber
 - c. Síndrome Proteus
 - d. Facomatosis pigmento-vascular
 - e. Síndrome de Von Hippel-Lindau
13. La mejor técnica para confirmar las características tisulares y evaluar la existencia de anomalías asociadas es:
- a. Biopsia cutánea
 - b. Ecografía cutánea
 - c. Resonancia magnética
 - d. Tomografía axial computarizada
 - e. Ultrasonografía Doppler
14. La complicación más frecuente de los hemangiomas infantiles es:
- a. Hemorragia
 - b. Infección
 - c. Cicatriz atrófica
 - d. Coagulopatía de consumo
 - e. Ulceración
15. ¿Cuál de los siguientes hemangiomas puede traer complicaciones?
- a. Hemangiomas periorbitarios
 - b. Hemangiomas segmentarios faciales
 - c. Hemangiomas segmentarios mandibulares
 - d. Hemangiomas segmentarios lumbosacros
 - e. Toda las anteriores
16. La complicación más importante de los hemangiomas periorbitarios es:
- a. Estrabismo
 - b. Ambliopía o visión reducida del ojo afectado
 - c. Miopía
 - d. Deformación de la córnea
 - e. Obstrucción lacrimal
17. ¿Cuál es el tratamiento de elección de los hemangiomas en ausencia de compromiso de estructuras vitales?
- a. Actitud expectante
 - b. Prednisona 2 a 4 mg/Kg/día
 - c. Crioterapia
 - d. Interferón alfa-2b
 - e. Corticoides intralesionales
18. La presencia de hemangioma en la región lumbosacra nos debe hacer sospechar de:
- a. Disrrafismo espinal
 - b. Médula espinal enclavada
 - c. Alteraciones genitourinarias
 - d. Todas las anteriores
 - e. Solo a y c
19. ¿Cuál de las siguientes alteraciones no forma parte del cuadro clínico del síndrome PHACE?
- a. Hemangioma segmentario facial
 - b. Malformación de la fosa posterior
 - c. Coartación aórtica y anomalías cardíacas
 - d. Disrrafismo espinal
 - e. Alteraciones oculares.
20. Los hemangiomas segmentarios mandibulares pueden provocar:
- a. Malformaciones de la fosa posterior
 - b. Médula espinal enclavada
 - c. Obstrucción de la vía aérea superior
 - d. Coartación de la aorta
 - e. Dilatación del IV ventrículo
21. Todo hemangioma segmentario facial requiere:
- a. Biopsia cutánea
 - b. Estudio de resonancia magnética cerebral
 - c. Ecografía cutánea
 - d. Exploración cardíaca cuidadosa
 - e. Son ciertas b y c
22. ¿Cuál de las siguientes afecciones representa mal pronóstico en la hemangiomatosis neonatal difusa?
- a. Afectación cardíaca
 - b. Afectación hepática
 - c. Afectación pulmonar

- d. Afectación neurológica
e. Ninguna de las anteriores
23. Niña de 3 meses, presenta una lesión en forma de placa de color rojo, localizada en la región lumbosacra. La lesión al nacimiento era una pequeña mácula de aspecto equimótico y a las tres semanas comienza a desarrollarse. ¿Cuál es su diagnóstico clínico?
a. Angioma plano
b. Angioma serpiginoso
c. Angioma cavernoso
d. Angioma en penacho
e. Angioma infantil segmentario
24. ¿Qué prueba indicaría en una paciente que presenta angioma infantil segmentario lumbosacro?
a. Ninguna exploración es necesaria
b. Ecografía renal
c. Ecografía hepática
d. Resonancia magnética de columna lumbar
e. Son ciertas b y d.
25. La técnica diagnóstica menos invasiva, con una relación favorable costo/ beneficio para cribaje y seguimiento de hemangiomas viscerales en pacientes con lesiones cutáneas múltiples es:
a. Biopsia
b. Ultrasonografía con doppler
c. Tomografía
d. Resonancia magnética
e. Angiografía
26. En los hemangiomas, los corticoides deben utilizarse en la fase:
a. Proliferativa
b. Reposo
c. Involutiva
d. Todas las anteriores
e. Solo en a y c
27. En los hemangiomas que requieren tratamiento, ¿cuál es la herramienta de primera línea?
a. Embolización
b. Corticoides
c. Interferón alfa-2b
d. Láser
e. Vincristina.
28. La indicación de vincristina es:
a. Hemangiomas de gran tamaño
b. Hemangiomas infantiles
c. Hemangiomas asociados a fenómeno de Kasabach-Merritt
d. En a y b
e. En a y c
29. Neonato con una mácula bien delimitada, color rosado, que se hace más evidente cuando el niño llora, localizado en la región occipital. ¿Cuál es su diagnóstico clínico?
a. Hemangioma infantil
b. Nevus flameous o mancha en vino de oporto
c. Cutis marmorata congénito
d. Nevus flammeus neonatal
e. Ninguna de las anteriores
30. En un recién nacido, varón de 38 semanas, con gestación y parto normal, presenta desde el nacimiento una gran tumoración en la región del brazo y hombro izquierdo, de color rojo violáceo, infiltrada y dura al tacto. ¿Qué exploraciones complementarias realizaría?
a. Biopsia cutánea
b. Eco-doppler
c. Estudio de resonancia magnética
d. Perfil de coagulación
e. Todas las anteriores
31. ¿Cuál de las siguientes entidades NO es una malformación venosa?
a. Síndrome de Maffucci
b. Síndrome de Klippel-Trenaunay
c. Hemangioendotelioma
d. Síndrome de Gorham
e. Síndrome del nevus azul en tetina de goma
32. El interferón alfa-2b está indicado:
a. Como tratamiento de primera línea de los hemangiomas
b. En el tratamiento de los hemangiomas de los párpados
c. Solo en caso de hemangiomas con complicaciones que no han respondido a los corticoides
d. En hemangiomas faciales extensos
e. En los hemangiomas segmentarios
33. La principal complicación del hemangioendotelioma kaposiforme es:
a. Ulceraciones
b. Coagulopatía de consumo
c. Infección sistémica
d. Cicatriz atrófica
e. Hemorragia
34. Las indicaciones para el tratamiento de los hemangiomas es:
a. Hemangiomas que comprometen la vida y función

- b. Ciertas localizaciones anatómicas: Nariz, labios, párpados...
 - c. Hemangiomas faciales grandes con prominente componente dermal
 - d. Ulceraciones
 - e. Todas las anteriores
35. La embolización se emplea en:
- a. Hemangiomas infantiles
 - b. Síndrome de PHACE(s)
 - c. Hemangiomas subglóticos
 - d. Hemangiomas hepáticos con fístulas arteriovenosas, que suelen provocar insuficiencia cardíaca
 - e. Hemangiomas periorbitarios
36. El nevus flammeus o mancha en vino de oporto:
- a. Las lesiones suelen ser bilaterales
 - b. Desaparecen en la vida adulta
 - c. Se asocian a un gran número de síndromes complejos
 - d. Son bien evidentes al momento del nacimiento
 - e. También conocido como "mancha salmón"
37. La facomatosis pigmento-vascular es la combinación de:
- a. Nevus vascular y melanocítico en un mismo paciente
 - b. Nevus vascular y verrucoso
 - c. Nevus flammeus facial con nevus despigmentoso y hemangioblastoma cerebeloso
 - d. Nevus melanocítico y nevus flameous neonatorum
 - e. Nevus flammeus de distribución metamérica, angioma de la médula espinal y nevus despigmentoso
38. ¿Cuál es el órgano interno que se afecta con más frecuencia en la hemangiomatosis difusa neonatal?
- a. Hígado
 - b. Pulmón
 - c. Bazo
 - d. Riñón
 - e. Sistema nervioso
39. El síndrome de Cobb es:
- a. Angiomatosis meningo-facial
 - b. Angiomatosis cutáneo-meningo-espinal
 - c. Angiomatosis retíneal bilateral
 - d. Angiomatosis óculo-orbital-tálamo encefálica
 - e. Angiomatosis mediofacial
40. Un nevus flammeus de distribución metamérica en tronco y extremidades asociado a angioma de la médula espinal se observa en:
- a. Facomatosis pigmento-vascular
 - b. Síndrome de Proteus
 - c. Síndrome de Cobb
 - d. Síndrome de Robert
 - e. Síndrome de Von Hippel-Lindau
41. El síndrome de Robert (síndrome pseudotalidomida) consiste en la asociación de mancha en vino de oporto medio facial y:
- a. Hipomelia
 - b. Hipotricosis
 - c. Retraso del crecimiento
 - d. Labio leporino
 - e. Todas las anteriores
42. En el síndrome de Von Hippel-Lindau, pueden observarse en algunos casos nevus flammeus facial asociado con:
- a. Angiomatosis retiniana bilateral
 - b. Lentiginosis facial
 - c. Hemangioblastoma cerebeloso o medular
 - d. Hipertrofia de las partes blandas
 - e. Son ciertas a y c
43. El síndrome de Klippel-Trenaunay consiste en la aparición de un nevus flammeus habitualmente en una extremidad, asociado a:
- a. Hipertrofia ósea y de tejidos blandos
 - b. Higromas quísticos
 - c. Venas varicosas
 - d. Son ciertas a y c
 - e. Son ciertas a, b y c
44. El hallazgo clínico más común del síndrome Proteus es:
- a. Gigantismo de las manos y pies
 - b. Hemihipertrófia parcial o completa de cráneo y extremidades
 - c. Tumores subcutáneos vascular, lipomatoso y fibromatoso
 - d. Anomalías esqueléticas
 - e. Todas las anteriores
45. El síndrome de Maffucci consiste en la presencia de:
- a. Hipertrofia de las manos y pies
 - b. Encondromas
 - c. Malformaciones vasculares

- d, Son cierta b y c
e. Son ciertas a y c
46. ¿Cuál de las siguientes entidades no es una malformación capilar?
- Nevus flammeus neonatorum
 - Mancha en vino de oporto
 - Cutis marmorata telangiectásico
 - Síndrome del nevus azul en tetina de goma
 - Todas las anteriores
47. ¿Qué son las malformaciones vasculares?
- Tumores vasculares que crecen por una rápida proliferación celular desde las células endoteliales
 - Tumores pequeños, ausentes al momento de nacer, de crecimiento rápido durante la lactancia.
 - Malformaciones que característicamente se encuentran presentes en el momento del nacimiento, son estables y crecen proporcionalmente al crecimiento del niño.
 - Malformaciones que muestran una fase proliferativa, seguida de una fase involutiva
 - Neoplasias benignas que desaparecen en la vida adulta
48. El síndrome del nevus azul en tetina de goma consiste en la asociación de:
- Múltiples malformaciones venosas a nivel cutáneo y gastrointestinal
 - Malformaciones vasculares venosas y macrocefalia
 - Malformaciones arterio-venosas cutáneas y pulmonares
 - Malformaciones arterio-venosas aneurismática ipsilateral y nevus flammeus
 - Malformaciones vasculares cutáneas de tipo metamérica y gastrointestinales
49. El marcador histoquímico GLUT-1, presente en el tejido placentario, es un hallazgo característico de:
- Malformaciones vasculares
 - Hamartomas
 - Granuloma piógeno
 - Hemangiomas
 - Queratoacantomas
50. ¿Cuál de las lesiones vasculares tiene mejor pronóstico?
- Síndrome de Von Hippel-Lindau
 - Síndrome de PHACE
 - Síndrome de Klippel-Trenaunay
 - Síndrome de sturge-Weber
 - Nevus flammeus neonatal

Características epidemiológicas e inmunopatológicas de una cohorte de sujetos sanos positivos para anticuerpos anti desmogleína 1 procedentes de áreas endémicas de pénfigo foliáceo y vulgar del Perú.

Epidemiological and immunopathologic characteristics in a cohort of healthy subjects for desmoglein 1 autoantibodies from endemic areas for endemic pemphigus foliaceus and vulgaris of Peru

Willy Ramos⁽¹⁾, Carlos Galarza^(1,2), Ericson L. Gutierrez⁽¹⁾, Gerardo Jiménez⁽³⁾, Isabel Rojas⁽⁴⁾, Jorge Hanco⁽⁵⁾, Gerardo Ronceros^(1,2), Leopoldo Munive⁽⁶⁾, Mercedes Tello⁽¹⁾, María Vilcarromero^(1,2), Nancy Rojas⁽⁷⁾, Alex G. Ortega-Loayza^(1,8)

RESUMEN

OBJETIVO: Determinar las características epidemiológicas e inmunopatológicas de una cohorte de sujetos clínicamente sanos positivos para anticuerpos anti desmogleína 1 de Pueblo Libre y Nueva Requena (Ucayali), áreas endémicas de pénfigo foliáceo y vulgar del Perú.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio descriptivo, longitudinal y observacional. Los sujetos clínicamente sanos fueron evaluados por un dermatólogo para confirmarse la ausencia de enfermedades ampollares. Se obtuvo muestras de sangre para el estudio inmunopatológico mediante inmunofluorescencia indirecta (IFI), inmunoprecipitación (IP) y ELISA. Una vez detectados los sujetos positivos para anticuerpos anti desmogleína 1 se obtuvieron datos epidemiológicos como edad, sexo, ocupación, exposición a insectos hematófagos, ingesta de alimentos con potencial acantolítico, exposición a mercurio, uso de cosméticos tradicionales y características de la vivienda; y fueron seguidos por un período de 4 años.

RESULTADOS: Se captó a 21 sujetos clínicamente sanos positivos para anticuerpos anti desmogleína 1, el 52.4% correspondió al sexo femenino. Luego del seguimiento no se documentó el viraje a la fase clínica de pénfigo foliáceo endémico en ninguno de ellos. Las viviendas de los sujetos condicionaban la exposición a insectos hematófagos. El 9.5% presentó en la IFI anticuerpos contra los espacios intercelulares de los queratinocitos. La IP anti desmogleína 1 fue levemente positiva en el 61.9% y francamente positiva en el 4.8%. El ELISA para anticuerpos IgG anti desmogleína 1 fue positivo en el 100% de los sujetos predominando las subclases IgG1 e IgG2 (71.4% cada una). El ELISA para anticuerpos IgM anti desmogleína 1 fue positivo en el 19.0%. Para los anticuerpos anti desmogleína 3, la IP fue negativa en todos los casos mientras que el ELISA fue positivo en el 81.0%.

CONCLUSIONES: Una fracción de sujetos de áreas endémicas de pénfigo foliáceo y vulgar del Perú desarrollan anticuerpos anti desmogleína 1 y 3 por exposición a factores ambientales sin evolucionar a la fase clínica de estas enfermedades ampollares.

PALABRAS CLAVE: Anticuerpos IgG e IgM anti desmogleína 1, pénfigo foliáceo endémico, factores ambientales.

Dermatol Perú 2009;19(1): 12-20

¹. Instituto de Investigaciones Clínicas. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima-Perú.

². Hospital Nacional Dos de Mayo. Lima-Perú.

³. Hospital Regional de Pucallpa. Ucayali-Perú.

⁴. Puesto de Salud de Pueblo Libre. Ucayali-Perú.

⁵. Centro Médico San Juan. Red Asistencial EsSalud Pasco.

⁶. Dirección de Salud/Gerencia de Desarrollo Social. Municipalidad de San Isidro.

⁷. Instituto de Patología. Universidad Nacional Mayor de San Marcos.

⁸. Department of Internal Medicine. Virginia Commonwealth University, Richmond, VA, USA.

Recibido: 18-II-2009. Aceptado: 5-III-2009.

EPIDEMIOLOGICAL AND IMMUNOPATHOLOGIC CHARACTERISTICS IN A COHORT OF HEALTHY SUBJECTS FOR DESMOGLEIN 1 AUTOANTIBODIES FROM ENDEMIC AREAS FOR ENDEMIC PEMPHIGUS FOLIACEUS AND VULGARIS OF PERU

AIM: To determine epidemiologic and immunopathologic characteristics in a cohort of healthy subjects who were positive for antidesmoglein 1 antibodies in Pueblo Libre and Nueva Requena (Ucayali), endemic areas for endemic pemphigus foliaceus and vulgaris of Peru.

MATERIAL AND METHODS: Descriptive, longitudinal and observational study. The healthy subjects were examined by a dermatologist to confirm that there were no blistering diseases. A blood sample was drawn for immunopathologic studies: indirect immunofluorescence (IFI), immunoprecipitation (IP) and ELISA. In patients who had positive results, epidemiologic data was obtained: age, sex, occupation, exposure to haematophagous insects, ingestion of food with achantolytic properties, mercury exposure, use of traditional cosmetics and house characteristics. Subjects were followed for a 4 year period.

RESULTS: We enrolled 21 healthy subjects positive for desmoglein 1 autoantibodies who were after the 4 years follow-up period, none of the subjects went into the clinical active phase of pemphigus. The houses of these subjects conditioned the presence of haematophagous insects. 9.5% was positive by IFI, 61.9% was slightly positive by IP and 4.8% strongly positive. 100% of subjects were positive for anti desmoglein 1 antibodies, being 71.4% positive for IgG1 and IgG2 as well. ELISA for IgM antidesmoglein 1 antibodies was positive in 19% of the subjects. Regarding antidesmoglein 3 antibodies none by IP and 81% was positive by ELISA.

CONCLUSIONS: A healthy subset of patients from endemic areas for endemic pemphigus foliaceus and vulgaris had anti desmoglein 1 and 3 antibodies, most likely due to environmental factors but none of them went into the clinical active phase of pemphigus in a 4 year follow-up period

KEY WORDS: Desmoglein 1 and 3, antibodies IgG and IgM, endemic pemphigus, environmental factors.

INTRODUCCIÓN

Uno de los descubrimientos más importantes en

el estudio del pénfigo foliáceo endémico (PFE) fue el hallazgo de anticuerpos anti desmogleína 1 en sujetos clínicamente sanos de áreas endémicas⁽¹⁾. Estudios longitudinales realizados en la reservación amerindia de Terena (Lima Verde- Brasil) han mostrado que una fracción de estos sujetos con susceptibilidad inmunogenética para PFE desarrollan una fase pre clínica caracterizada por un pico en la producción anticuerpos de la subclase IgG4 que luego evoluciona a la fase clínica de la enfermedad en la que aparecen las lesiones ampollares⁽¹⁻⁷⁾. Posteriormente, se ha descrito la presencia de anticuerpos anti desmogleína 3 en sujetos clínicamente sanos de Lima Verde así como la existencia del pénfigo vulgar endémico (PVE) que comparte características epidemiológicas con el PFE⁽⁸⁻¹⁰⁾. Estos hallazgos refuerzan la hipótesis que vincula a ambas enfermedades con exposición a factores ambientales presentes en las áreas endémicas⁽¹⁰⁻¹³⁾.

En Perú, los estudios realizados por Heimgartner⁽¹⁴⁾, Castillo⁽¹⁵⁾, Galarza⁽¹⁶⁻¹⁸⁾, De Amat y Díaz⁽¹⁹⁾ han contribuido al mapeo de las áreas de la amazonía donde el PFE es endémico. Nuestro grupo de investigación reportó por primera vez en un estudio de casos y controles⁽²⁰⁾ realizado el año 2003 la presencia de anticuerpos anti desmogleína 1 en el 31.7% de los sujetos clínicamente sanos muestreados en Pueblo Libre (Ucayali-Perú). Un estudio posterior⁽²¹⁾ que realizó el seguimiento al mismo grupo de sujetos, mostró que luego de 3 años, la prevalencia de anticuerpos se había incrementado a 46.3%; además, se encontró que la prevalencia de anticuerpos anti desmogleína 3 en sujetos clínicamente sanos fue del 31.7%.

El objetivo del presente estudio fue determinar las características epidemiológicas e inmunopatológicas de una cohorte de sujetos sanos positivos para anticuerpos anti desmogleína 1 procedentes de Pueblo Libre y Nueva Requena (Ucayali), áreas endémicas de pénfigo foliáceo y vulgar.

MATERIAL Y MÉTODO:

Estudio descriptivo, longitudinal y observacional. Inicialmente, los sujetos clínicamente sanos de

Pueblo Libre y Nueva Requena fueron evaluados por un especialista en Dermatología para confirmar la ausencia de enfermedades ampollares. Luego se obtuvo muestras de sangre para la realización del estudio inmunopatológico mediante:

- Inmunofluorescencia indirecta (IFI).
- Inmunoprecipitación (IP).
- ELISA para anticuerpos IgM anti desmogleína 1, IgG anti desmogleína 1 y anti desmogleína 3 de acuerdo a la técnica descrita por Ishi y Amagai^(22,23).

Una vez detectados los sujetos positivos para anticuerpos anti desmogleína 1 se obtuvo datos epidemiológicos como edad, sexo, ocupación, exposición a insectos hematófagos, ingesta de alimentos con potencial acantolítico (taninos, tioles, isotiocianatos), exposición a mercurio, uso de cosméticos tradicionales y características de la vivienda; luego los sujetos fueron seguidos por un período de 4 años mediante una evaluación dermatológica semestral con la finalidad de documentar el viraje a la fase clínica de pénfigo foliáceo o vulgar endémico. La información obtenida fue registrada en un instrumento de recolección de datos validado en un estudio previo⁽²¹⁾.

RECOLECCIÓN DE MUESTRAS DE SANGRE

Las muestras fueron conservadas a -20°C siendo almacenadas inicialmente en el Instituto de Investigaciones Clínicas de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos (Lima-Perú), luego fueron transportadas, según protocolo, a los Laboratorios de Investigación Dermatológica de la Universidad de Carolina del Norte de Chapel Hill (U.S.A) donde se realizó su procesamiento y lectura.

INMUNOFLUORESCENCIA INDIRECTA

Fue realizada de acuerdo a protocolo usando dos sustratos para aumentar la sensibilidad de la prueba: piel humana normal (NHS) y esófago de mono (ME).

ESTUDIOS CON DETECCIÓN DE DESMOGLEÍNA 1 Y 3

Tanto para los estudios de ELISA como inmunoprecipitación se generó formas recombinantes de desmogleína 1 y desmogleína 3 conteniendo la totalidad del dominio extracelular y un C-terminal His-tag los cuales fueron generados en un sistema baculovirus y purificados mediante cromatografía de afinidad a níquel (Ishi, 1999)⁽²²⁾.

INMUNOPRECIPITACIÓN (IP)

La IP se realizó de acuerdo al protocolo empleado en estudios previos (Li; 2003) siendo pareada con Inmunoblot.

INMUNOABSORCIÓN LIGADA A ENZIMAS (ELISA)

Se realizaron los siguientes procedimientos:

- Dilución e incubación a 4°C de sueros problema y control.
- Añadido de anticuerpo secundario anti IgG humana de origen animal (ratón) conjugada con peroxidasa (Zymed, CA, USA).
- Cuantificación de la reacción antígeno anticuerpo luego de lavado con o-fenilendiamina (Sigma, MO, USA) disuelta en buffer fosfato/citrato con perborato de sodio hasta que el control positivo en cada test marcó 0.30 unidades de densidad óptica o en caso contrario durante 30 minutos.
- Detención de la reacción con 4M de H_2SO_4 .

Para fijar los valores de corte se realizó la estandarización de la prueba con muestras de sangre de sujetos sanos y pacientes con pénfigo foliáceo endémico de Brasil y Perú usando el análisis de características operativas del receptor (ROC). Los resultados fueron expresados como valores índice de acuerdo a lo reportado por Amagai en el año 1999⁽²³⁾:

Como control positivo para anticuerpos anti desmogleína 1 se empleó suero de pacientes con PFE mientras que para anticuerpos anti desmogleína 3 se empleó suero de pacientes con

CÁLCULO DEL VALOR ÍNDICE PARA ELISA

Cálculo del valor índice para ELISA:

$$\text{Valor índice} = \frac{(\text{D.O muestra evaluada}) - (\text{D.O control negativo})}{(\text{D.O control positivo}) - (\text{D.O control negativo})} \times 100$$

D.O = Densidad óptica.

PVE. Para la IgM anti desmogleína 1 se consideró (+) cuando el valor índice fue mayor de 50. Para la IgG total anti desmogleína 1 y anti desmogleína 3 se consideró (+) cuando el valor índice se situó entre 20 y 59, (++) cuando se situó entre 60 y 99, (+++) cuando fue mayor de 100 y negativo (-) cuando el valor índice fue menor de 20. Para la IgG1 se consideró (+) cuando el valor índice fue superior 12, para la IgG2 cuando el valor índice fue mayor de 13, para IgG3 cuando el valor índice fue superior a 6 y para IgG4 cuando fue superior a 10. Dichos valores han sido estandarizados en un estudio previo⁽²¹⁾.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

El análisis se realizó con el programa estadístico Statistical Package for Social Sciences SPSS versión 15.0 para Windows. Se usó estadística descriptiva basada en la obtención de frecuencias, porcentajes, medidas de tendencia central y de dispersión.

ASPECTOS ÉTICOS

Los sujetos aceptaron enrolarse voluntariamente en el estudio y firmaron un consentimiento informado. Se respetó los derechos de los investigados de acuerdo a lo estipulado en la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial.

RESULTADOS

Se captó 21 sujetos clínicamente sanos positivos para anticuerpos anti desmogleína 1 procedentes de Pueblo Libre (16/21) y de Nueva Requena (5/21) los cuales fueron seguidos por un período de 4 años. Luego del seguimiento no se documentó el viraje de los sujetos a la fase clínica de pénfigo foliáceo endémico.

CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS

El 47.6% correspondió al sexo masculino y el 52.4% al sexo femenino; la edad promedio fue de 33.5 ± 19.4 años variando entre 7 y 72; mientras que los grupos etarios que con mayor frecuencia fueron positivos para anticuerpos anti desmogleína 1 se situaron entre los 0-19 y 30-49 años (Tabla 1).

El nivel de instrucción correspondió a primaria incompleta o completa en la mayoría de casos (85.7%) mientras que las ocupaciones más frecuentes fueron agricultor (47.6%), estudiante (28.6%) y ama de casa (19.6%). El 61.9% refirió presentar exposición ocupacional al sol (agricultores y madereros). No se documentó exposición ocupacional a metales pesados; por otro lado, ninguna de las mujeres entrevistada usaba cosméticos tradicionales a base de plantas o químicos disponibles en la zona.

TABLA 1: Distribución por grupo etario y sexo de la cohorte de sujetos positivos para anticuerpos anti desmogleína 1 de áreas de pénfigo foliáceo y vulgar endémico.

GRUPO ETARIO	SEXO MASCULINO	SEXO FEMENINO	TOTAL	%
0 – 9 años	0	3	3	14.3
10 – 19 años	3	1	4	19.0
20 – 29 años	0	2	2	9.5
30 – 39 años	2	2	4	19.0
40 – 49 años	2	2	4	19.0
50 – 59 años	1	0	1	4.8
60 – 69 años	1	1	2	9.6
70 – 79 años	1	0	1	4.8
TOTAL	10	11	21	100.0

Con relación a las características de la vivienda (Figura 1), el 100% tenía paredes de madera. Predominó el techo de paja (57.1%) siendo frecuente también el uso de calamina (38.1%) y en menor medida hojas de palmera (4.1%). El piso con mayor frecuencia era de tierra (81.0%), usándose también madera o entablado (14.3%) y cemento (4.8%). Respecto de los servicios básicos el 100% usaba agua no potable obtenida de pozo en Pueblo Libre (Figura 2) y de río-acequia en Nueva Requena; asimismo, sólo el 4.8% contaba con electricidad (conexión insegura y en mal estado de conservación). Para la disposición de excretas el 52.4% usaba letrina, 28.6% usaba silo y el 19.0% lo hacía a la intemperie. En el 100% de las familias el ingreso familiar era inferior al salario mínimo vital. El acceso a la comunidad de Pueblo Libre es por vía terrestre mientras que el acceso a Nueva Requena puede hacerse por vía terrestre (Nueva Requena propiamente dicha) o por vía fluvial (Sheshea y Tres Islas) lo cual se muestra en la figura 3.

Con relación a los hábitos alimentarios, el 81% se alimentaba tres veces al día mientras que el 19% restante una sola vez al día; el 95.2% ingería con frecuencia alimentos ricos en taninos, tioles e isotiocianatos (mango, yuca, cebolla, ajo). El 90.5% refirió estar expuesto con frecuencia a picadura de insectos hematófagos (sin diferenciar entre flebotomos, simúlidos o triatominos) y 9.5% tenía antecedente de haber sido diagnosticado de leishmaniasis.

CARACTERÍSTICAS INMUNOPATOLÓGICAS

De los 21 sujetos evaluados, ninguno fue positivo para inmunofluorescencia indirecta cuando se usó como sustrato NHS; al usarse como sustrato ME el 9.5% presentó anticuerpos dirigidos contra los espacios intercelulares de los queratinocitos. La IP para anticuerpos anti desmogleína 1 tuvo resultado positivo leve en el 61.9% y positivo en el 4.8%. El ELISA para anticuerpos IgG anti desmogleína 1 fue positivo en el 100% de los sujetos, el análisis de las subclases de IgG mostró la predominancia de IgG1 e IgG2 (71.4% cada una) siendo raras IgG3 e IgG4. El ELISA para anticuerpos IgM anti desmogleína 1 fue positivo en el 19.0%



FIGURA 1: Vivienda de sujeto sano positivo para anticuerpos anti desmogleína 1 procedente de la comunidad de Sheshea en Nueva Requena.



FIGURA 2: Suministro de agua de pozo en la comunidad de Pueblo Libre.



FIGURA 3: Acceso por vía fluvial a la comunidad de Sheshea.

TABLA 2: ANTICUERPOS ANTI DESMOGLEÍNA 1 Y ANTI DESMOGLEÍNA 3 DE UNA COHORTE DE SUJETOS CLÍNICAMENTE SANOS DE ÁREAS DE PFE Y PVE.

Código	Procedencia	EDAD (Años)	IFI NHS	IFI ME	IP Anti DSG-1	ELISA IgM anti DSG-1	ELISA IgG1 anti DSG-1	ELISA IgG1 anti DSG-1	ELISA IgG2 anti DSG-1	ELISA IgG3 anti DSG-1	ELISA IgG4 anti DSG-1	IP anti DGS3	ELISA IgG anti DSG-3
1	Pueblo Libre	29	-	-	1/2W+	+	++	+	+	-	-	-	+++
2	Pueblo Libre	60	-	-	-	-	+	+	-	-	-	-	-
3	Pueblo Libre	40	-	-	+	+	+	+	-	-	-	-	+
4	Pueblo Libre	72	-	-	1/2W+	+	+	-	+	-	-	-	-
5	Pueblo Libre	9	-	-	1/2W+	-	+	+	+	-	-	-	++
6	Pueblo Libre	44	-	-	1/2W+	-	+	+	+	+	+	-	+
7	Pueblo Libre	14	-	-	1/2W+	+	+	+	+	-	-	-	+
8	Pueblo Libre	31	-	-	1/2W+	-	+	+	-	-	-	-	++
9	Pueblo Libre	66	-	1/80	1/2W+	-	+++	-	+	+	-	-	+
10	Pueblo Libre	38	-	-	-	-	++	+	-	-	-	-	+++
11	Pueblo Libre	8	-	-	1/2W+	-	+	-	+	-	-	-	++
12	Pueblo Libre	56	-	-	-	-	++	+	+	-	-	-	+++
13	Pueblo Libre	14	-	-	1/2W+	-	+++	+	+	-	-	-	+++
14	Pueblo Libre	47	-	-	-	-	+	-	-	+	-	-	-
15	Pueblo Libre	32	-	-	1/2W+	-	+	+	+	-	-	-	++
16	Pueblo Libre	29	-	-	1/2W+	-	+	-	+	-	-	-	++
1Nueva Requena		36	-	1/20	-	-	+	-	+	-	-	-	+
2Nueva Requena		7	-	-	-	-	+	+	+	-	-	-	+
3Nueva Requena		19	-	-	1/2W+	-	+	+	-	-	-	-	-
4Nueva Requena		40	-	-	-	-	+	+	+	-	-	-	++
5Nueva Requena		13	-	-	1/2W+	-	+	+	+	-	-	-	+++

IP: Se consideró (+) cuando el resultado fue positivo, (1/2W+) cuando fue positivo leve y (-) cuando el resultado fue negativo.

Para los anticuerpos anti desmogleína 3 la IP fue negativa en todos los casos mientras que el ELISA detectó anticuerpos en el 81.0% de los sujetos con valores fuertemente positivos en 4/17. Las características inmunopatológicas de los sujetos se muestran en la tabla 2.

DISCUSIÓN

El presente estudio muestra que los sujetos sanos de áreas endémicas positivos para anticuerpos anti desmogleína 1 están expuestos a múltiples factores que han sido relacionados con el desarrollo del pénfigo foliáceo y vulgar endémico. Nuestros hallazgos documentan la alta exposición a picadura de insectos hematófagos, ocupación de riesgo (agricultura), radiación solar, consumo de alimentos con potencial acantolítico, etc. A diferencia de lo reportado en Colombia (El Bagre y Nechi) no se ha documentado casos por exposición a mercurio⁽²⁴⁻²⁶⁾ probablemente porque la minería artesanal del oro no es una actividad frecuente en la zona de estudio. A diferencia de lo observado en Túnez⁽²⁷⁾, ninguna de las mujeres evaluadas usaba cosméticos tradicionales obtenidos de plantas o químicos presentes en la zona.

La distribución por grupo etario de los sujetos que conforman la cohorte de estudio muestra un primer pico entre los 0 y 19 años y un segundo pico entre los 30 y 49 años. El primero correspondería al proceso de sensibilización inicial que empezaría en la infancia y adolescencia⁽²⁸⁾ mientras que el segundo se produciría como consecuencia de la exposición ocupacional de los adultos a condiciones ambientales de riesgo por actividades como la agricultura⁽²⁰⁾.

Respecto de las características epidemiológicas de los sujetos es importante el análisis de las viviendas, que a nuestro parecer, no permiten una protección adecuada de factores ambientales como insectos hematófagos intradomiciliarios principalmente en personas que pasan gran tiempo en la vivienda como las amas de casa y los estudiantes^(5,11-13).

Dentro de la etiología del PFE y PVE como en el desarrollo de anticuerpos en sujetos sanos, la

hipótesis más aceptada es la relacionada con exposición a insectos hematófagos. Inicialmente, se reportó que los sujetos de la reservación de Terena en Limao Verde (Brasil) expuestos a picadura de moscas negras del género *Simulium* (conocidos por los nativos como "borrachudos") tenían 4.7 veces más riesgo de desarrollo de PFE⁽¹¹⁾; al parecer, algún componente antigénico en la saliva de estos insectos tendría un rol en la generación de la reactividad cruzada con las células epidérmicas de acuerdo a lo descrito por Díaz y The Cooperative Group on Fogo Selvagem Research⁽¹¹⁻¹³⁾. Los sujetos clínicamente sanos de Limao Verde exhiben un perfil inmunopatológico compuesto por IgG1 e IgG4.⁽⁶⁾

Los estudios inmunopatológicos en esta cohorte de sujetos muestran que si bien la IFI es útil para el diagnóstico y principalmente para el seguimiento inmunológico de los pacientes con PFE y PVE, tiene una baja tasa de positividad en comparación con la IP y el ELISA. Esto probablemente se debe a que los sujetos exhiben un perfil inmunopatológico no patogénico caracterizado por la presencia de anticuerpos IgG1 e IgG2; de este modo, la IFI se basa en la detección de los anticuerpos patogénicos de tipo IgG4, es decir, aquellos que reproducen la enfermedad en animales de experimentación. Esta misma explicación es aplicable a la IP que muestra amplias discordancias con el ELISA cuando se evalúa a sujetos sanos positivos para anticuerpos anti desmogleína 3, fenómeno que ha sido reportado previamente por Hilario-Vargas en sueros de Brasil.⁽⁸⁾

El área seleccionada para la presente investigación (Pueblo Libre y Nueva Requena) es endémica para enfermedades parasitarias transmitidas por insectos hematófagos como leishmaniasis o malaria) lo que sería similar a los hallazgos descritos en Brasil. A la fecha, no se ha publicado estudios entomológicos en Perú ni en otros países donde la enfermedad es endémica. Asimismo, la alta frecuencia de alimentos con potencial acantolítico⁽²⁹⁻³²⁾ justificaría la realización futura de estudios que evalúen la influencia de la

dieta sobre la aparición de anticuerpos anti desmogleína 1 y 3.

Los estudios realizados por Díaz y col. en Brasil⁽²⁸⁾ muestran que la respuesta IgM anti desmogleína 1 constituiría el evento más temprano en el proceso de sensibilización a antígenos ambientales (saliva de insectos hematófagos) que conduciría al PFE constituyendo un marcador distintivo de la forma endémica el cual no se observa en la forma esporádica de pénfigo foliáceo. En poblaciones sanas de áreas endémicas de Brasil⁽²⁸⁾ como Limao Verde área endémica más importante de PFE a nivel mundial, la respuesta IgM anti desmogleína 1 alcanza el 42%. La prevalencia de anticuerpos IgM anti desmogleína 1 fue del 19.0% en los sujetos sanos de Pueblo Libre y Nueva Requena con respuesta IgG anti desmogleína 1, lo cual indica que una fracción de éstos está en proceso de sensibilización a antígenos ambientales presentes en áreas endémicas peruanas. La prevalencia de anticuerpos IgG anti desmogleína 3 encontrada en la cohorte de estudio fue del 81.0% (ELISA); de este modo, la etiología del PVE recientemente descrito tendría en común aspectos etiológicos con el PFE^(9,10) desde que ambas enfermedades comparten las características epidemiológicas (las mismas áreas endémicas, distribución por grupo etario, actividad laboral, etc).

En Brasil, estudios realizados en la reservación de Terena en Limao Verde muestran que de aproximadamente 1200 sujetos clínicamente sanos positivos para anticuerpos anti desmogleína 1 viraban a PFE entre 1 y 5 sujetos cada año^(1,5,6). En Perú nuestro seguimiento de 4 años en esta cohorte no ha mostrado el viraje de ningún sujeto a PFE ni PVE. A pesar que las áreas endémicas se encuentran en la amazonía es posible que exista mayor exposición a factores ambientales en las situadas en Brasil en comparación con las situadas en Perú⁽²⁰⁾, además es posible que en este fenómeno influyan factores inmunogenéticos los cuales no han sido estudiados aún en Perú.

En conclusión, una fracción de sujetos de áreas endémicas de PFE y PVE de Perú desarrolla

anticuerpos anti desmogleína 1 y 3 por exposición a factores ambientales pero no es frecuente que evolucionen a la fase clínica de estas enfermedades ampollares. Recomendamos educar a la población expuesta de áreas endémicas evitar la exposición a picadura de insectos hematófagos, reducir la exposición a radiación solar mediante la aplicación de medidas de fotoprotección y finalmente reducir el consumo de alimentos con potencial acantolítico. Asimismo, creemos que para los sujetos que ya han desarrollado anticuerpos es recomendable cambiar su residencia a áreas urbanas donde el medio ambiente no juegue un rol en el desencadenamiento de la enfermedad.

AGRADECIMIENTO:

Al Dr. Luis A. Díaz de la Universidad de Carolina del Norte de Chapel Hill por su apoyo en el procesamiento de muestras para la caracterización inmunopatológica de los sujetos sanos de áreas endémicas de PFE en Perú.

CONFLICTO DE INTERESES:

Los Dres. Carlos Galarza y Willy Ramos pertenecen al comité editorial de la Revista Dermatología Peruana

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1) Aoki V, Rivitti EA, Mari L, Hans-Filho G, Diaz LA. Perfil histórico da imunopatogenia do pénfigo foliáceo endêmico (Fogo selvagem). *An Bras Dermatol* 2005;80:287-92.
- 2) Hans-Filho G, Dos Santos V, Katayama JH, Aoki V, Rivitti EA, Sampaio SA, et al. An active focus of high prevalence of fogo selvagem on an Amerindian reservation in Brazil. *J Invest Dermatol* 1996;107:68-75.
- 3) Warren SJ, Lin MS, Giudice G, Hoffman R, Hans-Filho G, Aoki V, et al. The Prevalence of antibodies against Desmoglein 1 in Endemic Pemphigus Foliaceus in Brazil. *N Eng J Med* 2000;343:23-30.
- 4) Kallel Sellami M, Ben Ayed M, Mouquet H, Drouot L, Zitouni M, Mokni M, et al. Anti-desmoglein 1 Antibodies in Tunisian healthy subjects: arguments for the role of environmental factors in the occurrence of Tunisian pemphigus foliaceus. *Clin Exp Immunol* 2004;137:195-200.
- 5) Aoki V, Millikan RC, Rivitti EA, Hans-Filho G, Eaton DP, Warren SJ, Ning L, Hilario-Vargas J, Hoffman RG, Diaz LA. Environmental Risk Factors in Endemic Pemphigus Foliaceus (Fogo Selvagem). *J Invest Dermatol Symp Proc* 2004;9:34-40.
- 6) Warren SJ, Arteaga LA, Rivitti EA, Aoki V, Hans-Filho G, Qaquish BF, Lin MS, Giudice GJ, Diaz LA. The role of IgG subclass

- switch in the pathogenesis of Fogo selvagem. *J Invest Dermatol* 2003;120:104-8.
- 7) Moraes ME, Fernandez-Vina M, Lazaro A, Diaz LA, Hans-Filho G, Firedman H, et al. An epitope in the third hypervariable region of the DRB1 gene is involved in the susceptibility to Endemic Pemphigus Foliaceus (Fogo selvagem) in three different Brazilian populations. *Tissue Antigens* 1997;49:35-40.
 - 8) Hilario-Vargas J, Dasher DA, Li N, Aoki V, Hans-Filho G, Dos Santos V, Qaquis B, Rivitti E, Diaz LA. Prevalence of Anti-Desmoglein 3 in endemic regions of Fogo Selvagem in Brazil. *J Invest Dermatol* 2006;126:2044-8.
 - 9) Rocha-Alvarez R, Campbel IP, Friedman H, Aoki V, Diaz LA. Aspectos não usuais de Penfigo Vulgar em areas endemicas de Penfigo Foliaceo Endemico. 50° Congresso da Sociedade Brasileira de Dermatología. Belem, Para, Brazil. 1995.
 - 10) Rocha-Álvarez R, Ortega-Loayza AG, Friedman H, Campbell I, Aoki V, Rivitti EA, et al. Endemic pemphigus vulgaris. *Arch Dermatol* 2007;143:895-9.
 - 11) Eaton DP, Diaz LA, Hans-Filho G, Dos Santos VD, Aoki V, Friedman H, et al. Comparison of black fly species (Diptera Simuliidae) on an Amerindian reservation with a high prevalence of Fogo Selvagem to neighboring disease of free sites in the States of Matto Grosso do Sul, Brazil. The Cooperative Group on Fogo Selvagem Research. *J Med Entomol* 1998;35:120-31.
 - 12) Diaz LA, Arteaga LA, Hilario-Vargas J, Valenzuela JG, Li N, Warren S, et al. Anti-Desmoglein-1 Antibodies in onchocerciasis, leishmaniasis and Chagas disease suggest a possible etiological link to Fogo Selvagem. *J Invest Dermatol* 2004;123:1045-51.
 - 13) Campbell I, Reis V, Aoki V, Cunha P, Hans-Filho G, Alves G, et al. Pênfigo foliáceo endêmico/Fogo selvagem. *An bras Dermatol*, Rio de Janeiro 2006;76:13-33.
 - 14) Heimgartner E, De Heimgartner V. Experiencias en enfermedades dermatológicas endémicas en la selva peruana: leishmaniasis y pénfigo foliáceo endémico. *Med Cut ILA* 1976;1:1-6.
 - 15) Castillo A, Maguiña C. Pénfigo Foliáceo variedad Fuego Salvaje en la Selva Peruana. *Bol Soc Per Med Int* 1993;6:65-7.
 - 16) Galarza C, Ronceros G, Mendoza D, Sánchez G, Vilcarromero M, Ráez E. Pénfigo Foliáceo Endémico en el departamento de Ucayali-Perú. Reporte de 16 casos. *An Fac Med Lima*. 2002;63:19-24.
 - 17) Galarza C, Ortega A, Ramos W, Hurtado J, Lindo G, Ávila J, et al. Pénfigo foliáceo endémico y pénfigo vulgar en pacientes de edad pediátrica en Ucayali. *Dermatol Peru* 2004;14:99-103.
 - 18) Galarza C, Ramos W, Jiménez G, Ronceros G, Hanco J, Díaz J, et al. Pénfigo foliáceo endémico en Perú: caracterización clínica, epidemiológica e inmunopatológica. *Dermatol Peru* 2006;16:214-9.
 - 19) De Amat F, Díaz J. Pénfigo Foliáceo Endémico en las comunidades de Vista Alegre y San Francisco (Ucayali) [Tesis especialidad]. Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2003.
 - 20) Ortega-Loayza AG, Ramos W, Elgart G, Bouman P, Jiménez G, Ávila J, et al. Antibodies against desmoglein 1 in healthy subjects in endemic and nonendemic areas of pemphigus foliaceus (fogo selvagem) in Peru. *Int J Dermatol* 2006;45:538-42.
 - 21) Ramos W, Ortega-Loayza AG, Hanco J, Gutierrez E, Hurtado J, Jiménez G, et al. Inmunopatología de sujetos sanos de un área endémica para pénfigo foliáceo en Perú: estudio comparativo con familiares. *Acta Med Per* 2007;24:153-8.
 - 22) Ishii K, Amagai M, Hall RP, Hashimoto T, Takayanagi A, Gamou S, et al. Characterization of autoantibodies in pemphigus using antigen-specific enzyme-linked immunosorbent assay with baculovirus-expressed recombinant desmogleins. *J Immunol* 1997;159:2010-7.
 - 23) Amagai M, Komai A, Hashimoto T, Shirakata Y, Hashimoto K, Yamada T, et al. Usefulness of enzyme-linked immunosorbent assay using recombinant desmogleins 1 and 3 for serodiagnosis of pemphigus. *Br J Dermatol* 1999;140:351-7.
 - 24) Robledo MA, Prada S, Jaramillo D, Leon W. South American Pemphigus Foliaceus: study of an epidemic in El Bagre and Nechi, Colombia 1982 to 1986. *Br J Dermatol* 1988;118:737-44.
 - 25) Abreu AM. Pénfigo Foliáceo Endémico. Situación en Colombia. *Acta Med Colomb* 1996;21:27-34.
 - 26) Abreu AM, Garfvinge G, Leon W, Abreu CE, Montoya F, Hardy DM, et al. Detection of mercury and other undetermined materials in skin biopsies of endemic pemphigus foliaceus. *Am J Dermatopathol* 2003;25:384-91.
 - 27) Bastuji-Garin S, Turki H, Mokhtar I, Noura R, Fazaa B, Jomaa B, et al. Possible relation of tunisian pemphigus with traditional cosmetics: a multicenter case-control study. *Am J Epidemiol* 2002;155:249-56.
 - 28) Diaz LA, Prisayahn PS, Dasher DA, Li N, Evangelista F, Aoki V, et al. The IgM response distinguishes Brazilian Pemphigus Foliaceus (Fogo Selvagem) from other forms of Pemphigus. *J Invest Dermatol* 2007;128:667-75.
 - 29) Tur E, Brener S. Contributing exogenous factors in Pemphigus. *Int J Dermatol* 1997; 36:888-93.
 - 30) Brener S, Wolf R. Possible nutritional factors in induced pemphigus. *Dermatology* 1994;189:337-9.
 - 31) Chorzelski TO, Hashimoto T, Jablonska S. Can pemphigus vulgaris be induced by nutritional factor? *Eur J Dermatol* 1996;6:284-6.
 - 32) Brener S, Roucco V, Wolf R, de Angelis E, Lombardi ML. Pemphigus and dietary factors. *Dermatology* 1995;190:197-202.

Nivel de satisfacción del usuario en los consultorios externos de dermatología del Hospital Nacional Dos de Mayo. Diciembre 2006.

Customer's satisfaction of the outpatient dermatological service of the Dos de Mayo National Hospital. December 2006.

Patricia Chávez de Paz⁽¹⁾, Willy Ramos⁽²⁾, Carlos Galarza^(1,2).

RESUMEN

OBJETIVO: Determinar el nivel de satisfacción de los pacientes con la atención médica recibida en los consultorios externos de Dermatología del Hospital Nacional Dos de Mayo (HNDM).

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio descriptivo, transversal y observacional realizado en Diciembre del año 2006. Los pacientes fueron seleccionados mediante muestreo aleatorio sistemático. Se realizó una encuesta en la que se evaluó el nivel de satisfacción con la atención recibida en la consulta externa mediante una escala de Likert; cuando el paciente no se encontró satisfecho se interrogó por las razones de esto y se solicitó sugerencias para la mejora del servicio.

RESULTADOS: Se entrevistó a 88 pacientes; la edad promedio fue de 34.8 ± 15.1 años y el grupo etario atendido con mayor frecuencia se situó entre los 30 y 39 años. La mayor frecuencia de encuestados procedían de los distritos de San Juan de Lurigancho (17.0%) y La Victoria (9.1%).

Al interrogarse por el nivel de satisfacción en los consultorios de Dermatología el 76.1% refirió que fue buena, 21.6 % la consideró regular y 2.3 % la consideró mala. La satisfacción del paciente se asoció significativamente con una buena información acerca de su enfermedad brindada por el médico ($p=0.006$). La insatisfacción se asoció a demora en la atención ($p=0.001$) y a la percepción que el médico atiende apurado ($p=0.004$).

Los pacientes sugirieron para la mejora de la calidad de atención una sala de espera más amplia (15.9%), renovación del mobiliario de los consultorios (14.8%), atención médica rápida y temprana (5.7%).

CONCLUSIONES: Existe un alto nivel de satisfacción del paciente con la atención médica recibida en consultorios externos de Dermatología del HNDM el cual se asocia a una buena información acerca de su enfermedad por parte del médico.

PALABRAS CLAVE: Calidad de atención, paciente dermatológico, satisfacción, insatisfacción.

Dermatol Perú 2009;19(1): 22-31

1) Servicio de Dermatología. Hospital Nacional Dos de Mayo.

2) Instituto de Investigaciones Clínicas. Universidad Nacional Mayor de San Marcos.

Recibido: 26-II-2009

Aceptado: 13-III-2009.

CUSTOMER'S SATISFACTION IN THE OUTPATIENT DERMATOLOGICAL SERVICE OF THE DOS DE MAYO NATIONAL HOSPITAL. DECEMBER 2006.

Aim: To determine the customer's satisfaction in the Dermatology Service of the Dos de Mayo National Hospital. **Material and methods:** A descriptive and cross-sectional study which was carried out in December 2006. Patients were randomly selected. The level of customer's satisfaction was evaluated by a Likert's scale. If patient was not satisfied, they were asked for the reasons and suggestions to improve. **Results:** 88 people were enrolled in the study. 56.8% was female and the average age was 38.8 ± 15.1 years old and the main group of age was between 30-39 years. The greater frequency of patients was from San Juan de Lurigancho (17.0%) and La Victoria (9.1%). 76.1%, 21.6% and 2.3 % expressed a good, a regular and a bad grade of satisfaction, respectively. The customer's satisfaction was significantly associated with a good information about their disease ($p=0.006$). The dissatisfaction was associated with a long wait time ($p=0.001$) and the appreciation of an inadequate attention time ($p=0.004$). The suggestion of patients for the improvement of the service were a big waiting area (15.9%), renovation of furniture (14.8%) and less wait time (5.7%). **Conclusions:** There is a higher level of customer's satisfaction in the outpatient dermatological service of the Dos de Mayo National Hospital that is associated with good information about their diseases.

Key words: Quality of attention, dermatologic patient, customer's satisfaction, dissatisfaction.

INTRODUCCIÓN

La calidad ha sido definida como el conjunto de características de un servicio o productos de consumo que satisfacen las necesidades del consumidor y lo hacen sentirse seguro de poseer un producto o de recibir un buen servicio al más bajo costo posible⁽¹⁾. La OMS define calidad en salud como un alto nivel de excelencia profesional, usando eficientemente los recursos con un mínimo de riesgos para el paciente, para lograr un alto grado de satisfacción por parte de éste y produciendo un impacto final positivo en la salud^(2,3).

La calidad de la atención médica se define como la atención que pueda proporcionarse al paciente máximo y completo bienestar, después de haber tomado en cuenta el balance de las ganancias y pérdidas esperadas que acompañan el proceso de la atención en todas sus partes. Con este proceso ha surgido la necesidad de controlar la calidad, la cual se ha consolidado como parte sustantiva del proceso de producción a fin de proteger y proporcionar satisfacción tanto a los usuarios internos como a los externos^(1,4-6). La calidad de la atención médica ha sido un problema difícil de conceptualizar esperándose que con su evaluación se cometerían menos fallas, disminuirían los costos, se mejoraría la productividad, se lograría mayor competitividad, se garantizaría la permanencia en el mercado y la empresa seguiría siendo fuente de empleo^(4,5,7,8-12).

La satisfacción del usuario es el grado de concordancia entre sus expectativas de calidad en el servicio y la atención recibida. Frecuentemente se valora con encuestas de opinión que consideran como principales aspectos: el resultado clínico, el ambiente en que se desarrollan los cuidados y las relaciones interpersonales con los profesionales que brindan la atención, estando directamente relacionadas con las expectativas previas de los pacientes^(5,13-17). De este modo, la satisfacción del usuario se consolida como una forma de evaluar la calidad de la atención médica^(13,14,18-25).

En el Perú, desde mediados de los años 90, se han desarrollado iniciativas en el tema de escucha al usuario, impulsados fundamentalmente por proyectos de cooperación internacional (Proyecto 2000, salud y nutrición básica, cobertura con calidad, etc), que consideraron dentro de su marco de referencia la mejora continua de la calidad y la satisfacción. Dentro de las políticas públicas actuales de reducción de las desigualdades e inequidad en salud, se plantea el desafío de explorar la asociación del nivel de satisfacción del usuario según condición económica⁽²⁶⁻³¹⁾.

El Hospital Nacional Dos de Mayo (HNDM) es un establecimiento de salud de nivel III que forma parte del Ministerio de Salud, atiende un número aproximado de 250,000 consultas anuales y cuenta

con más de 40 especialidades. El Servicio de Dermatología inició sus actividades el 14 de Marzo de 1944 y es el órgano encargado de brindar atención integral de daños que afecten la piel y anexos la cual se ha realizado principalmente mediante la consulta externa. En el año 2002 se revisaron 16,252 atenciones.

En el mismo hospital se realizó un estudio en los consultorios externos de Oftalmología, Medicina y Neumología (Datos sin publicar), entre Octubre del año 2002 y Febrero del 2003 con el objetivo de medir el grado de satisfacción de los pacientes. Se encuestó a 300 pacientes encontrándose que en promedio el 68 % mostró satisfacción por el servicio; los pacientes que mostraron mayor satisfacción fueron los de Oftalmología (85 %) mientras que el menor grado de satisfacción se observó en los consultorios de Neumología (51 %). En la dimensión competencia técnica un 82% consideró que se le realizó un examen médico completo durante la consulta. Dentro de la dimensión de relaciones interpersonales un 70% se encontró satisfecho con la explicación sobre su enfermedad, un 88% recibió indicaciones del tratamiento y cuidados a seguir en casa y un 81% noto el interés del médico en su enfermedad. En este estudio no se evaluó a pacientes de los consultorios de Dermatología⁽³²⁾.

El paciente dermatológico muestra peculiaridades ya que es frecuente que se presenten enfermedades crónicas (adultos y ancianos) que determinan una menor calidad de vida, atenciones repetidas en consultorios, uso de terapias tópica y sistémica que pueden generar

pobre adherencia al tratamiento y abandono. Adicionalmente, se ha reportado que la insatisfacción con la atención médica y cuidados dermatológicos se asocia a una menor adherencia al tratamiento y a morbilidad psiquiátrica. Existen pocos estudios publicados que evalúen el comportamiento y grado de satisfacción del paciente dermatológico atendido en consultorios externos de hospitales del Perú y a nivel internacional.^(33,34)

El objetivo del presente estudio fue determinar el nivel de satisfacción de los pacientes con la atención médica recibida en los consultorios externos de Dermatología del HNDM.

MATERIAL Y MÉTODOS

DISEÑO

Estudio descriptivo, transversal y observacional realizado en el Servicio de Dermatología del HNDM.

POBLACIÓN Y MUESTRA

La población estuvo constituida por los pacientes nuevos mayores de 18 años atendidos en el mes de Diciembre del 2006. Para el cálculo de la muestra se obtuvo la cantidad de pacientes atendidos en Diciembre del año anterior que fue de 1395 (Análisis de series de tiempo), el cual fue reemplazado en la siguiente fórmula:

$$n = \frac{N \cdot (Z_{\alpha})^2 \cdot p \cdot q}{d^2 (N-1) + (Z_{\alpha})^2 \cdot p \cdot q}$$

Donde:

Siglas de la fórmula	Descripción	Valores
n	Muestra	X
N	Población de pacientes atendidos en consultorios externos de Dermatología el año anterior.	1395
Z _α	Valor crítico de Z que corresponde al nivel de significación.	1.96
p	Proporción aproximada del fenómeno en estudio en la población de referencia (Satisfacción con la atención)	0.68
q	Proporción que no presenta el fenómeno (Insatisfacción)	0.32
d	Precisión de la muestra	0.10

Luego de la aplicación de la fórmula se encontró que la muestra mínima era de 82 personas. El muestreo fue de tipo aleatorio sistemático.

TÉCNICA Y MÉTODO

Se realizó una encuesta al final de la consulta externa de cada paciente, explicándole que su opinión contribuiría a mejorar la atención brindada por el Servicio de Dermatología. Se indagó por el nivel de satisfacción con la atención recibida; cuando el paciente no se encontró satisfecho se interrogó mediante preguntas abiertas las razones de esto y se solicitó sugerencias para la mejora del servicio. Se diseñó un instrumento de recolección de datos (Encuesta de Satisfacción del paciente) cual incluyó datos demográficos, socioeconómicos y parámetros de satisfacción del usuario los cuales fueron medidos mediante una Escala de Likert. Las personas encargadas de la recolección de datos fueron previamente entrenadas.

La información obtenida mediante la encuesta pasó a formar parte de una base de datos informática. El proyecto fue presentado y aprobado por el Comité de Ética en Investigación Biomédica del HNDM.

PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

Se realizó estadística univariada (frecuencias, porcentajes y medidas de tendencia central) y estadística bivariada (Prueba Chi cuadrado). Para establecer los determinantes de satisfacción e insatisfacción se realizó estadística multivariada mediante un modelo de regresión logística multinomial, en el que se excluyó a los factores que no mostraron asociación estadística ($p > 0.05$). Los cálculos se realizaron con un nivel de confianza del 95 %.

RESULTADOS

CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LOS PACIENTES

Se entrevistó a 88 pacientes que acudieron a consultorios externos de los cuales, el 56.8%

correspondió al sexo femenino y el 43.2% al sexo masculino; la edad promedio fue de 34.8 ± 15.1 años y el grupo etario atendido con mayor frecuencia se situó entre los 30 y 39 años (Tabla 1). El ingreso mensual promedio de los pacientes fue de 536.9 nuevos soles. La procedencia, ocupación, grado de instrucción se muestran en la tabla 2.

TABLA 1: Distribución por grupo etario de los pacientes que acudieron a consultorios externos de Dermatología.

GRUPO ETARIO	FRECUENCIA	%
10 – 19 años*	17	19.3 %
20 – 29 años	18	20.5 %
30 – 39 años	20	22.7 %
40 – 49 años.	18	20.5 %
50 – 59 años	10	11.4 %
60 – 69 años	3	3.4 %
70 – 79 años	1	1.1 %
80 – 89 años	1	1.1 %
TOTAL	88	100.0 %

* Pacientes mayores de edad.

SATISFACCIÓN CON LA ATENCIÓN MÉDICA

Al interrogarse por el nivel de satisfacción con la atención en los consultorios de Dermatología el 76.1 % (67/88) refirió que fue buena, 21.6 % (19/88) consideró que fue regular y 2.3 % (2/88) refirió que fue mala. El 75 % de los encuestados respondió que desearía ser atendido por el mismo médico en su próxima cita.

Las principales razones por las que afirmaron haber recibido una buena atención médica fueron el buen del médico, la explicación del diagnóstico y tratamiento de la enfermedad así como el buen diagnóstico y tratamiento dado por el médico (Ver tabla 3).

TABLA 2: Características generales de los pacientes que acudieron a consultorios externos de Dermatología del HNMD.

CARACTERÍSTICA	FRECUENCIA	%
PROCEDENCIA		
San Juan de Lurigancho	15	17.0
La Victoria	8	9.1
Cercado de Lima	7	8.0
El Agustino	6	6.8
Otros	52	59.1
TOTAL	88	100.0
OCUPACIÓN		
Estudiante	25	28.4
Ama de casa	18	20.5
Enfermera	16	18.2
Comerciante	12	13.6
Empleado	6	6.7
Obrero	5	5.7
Otros	6	6.9
TOTAL	88	100.0
GRADO DE INSTRUCCIÓN		
Sin Instrucción	0	0.0
Primaria	8	9.1
Secundaria	46	52.3
Superior Técnica	14	15.9
Superior Universitaria	20	22.7
TOTAL	88	100.0

La satisfacción se asoció significativamente con una buena información acerca de su enfermedad brindada por el médico (Ver tabla 4); otros factores como la higiene ($p = 0.920$), privacidad ($p = 0.210$) y mobiliario ($p = 0.148$) no determinaron de manera significativa la percepción de la calidad de atención del paciente. La atención brindada por el personal técnico asistente de consultorio no constituyó un determinante de satisfacción ($p = 0.420$).

En total, 21 pacientes refirieron estar insatisfechos con la atención recibida (33.9 %) considerándola regular o mala. Las razones principales de una regular o mala atención recibida fueron la demora, percepción de que el médico estaba apurado y el sistema administrativo deficiente. Las razones para una regular o mala atención en consultorio pueden observarse en la tabla 3.

Los determinantes de insatisfacción obtenidos mediante regresión logística fueron: la demora en la atención ($p = 0.001$) y la percepción del paciente que el médico atiende apurado ($p = 0.004$); otros factores como el maltrato por parte del técnico asistente de consultorio, sistema adminis-

TABLA 3: Razones por las cuales el paciente refirió haber recibido una buena, regular o mala atención médica

RAZONES	FRECUENCIA	%
DE UNA BUENA ATENCIÓN		
Buen trato del médico	32	32.0
Explica diagnóstico y tratamiento de la enfermedad	18	18.0
Buen diagnóstico y tratamiento	15	15.0
Lo escucha y resuelve dudas	10	10.0
Buen profesional	8	8.0
Lo examina con tranquilidad	8	8.0
Le da confianza y seguridad	3	3.0
Especialistas capacitados	2	2.0
Le pidió análisis o control	2	2.0
Otros	2	2.0
TOTAL	100	100.0
REGULAR O MALA ATENCIÓN		
Demora en la atención	07	33.3
Médico atiende apurado	05	23.8
Sistema administrativo deficiente	05	23.8
Tratamiento médico no funciona	02	9.5
Médico no resuelve dudas	01	4.8
Maltrato del personal técnico	01	4.8
TOTAL	21	100.0

TABLA 4: Análisis estadístico de los posibles factores determinantes de satisfacción e insatisfacción del paciente dermatológico con la atención en consultorios.

FACTORES	VALOR p	OR	I.C
INSATISFACCIÓN			
Demora en la atención	0.001*	80.1	5.38 – 1192.45
Médico atiende apurado	0.004*	51.0	3.54 – 734.47
Tratamiento médico no funciona	N.S	N.S	N.S
Médico no resuelve dudas	N.S	N.S	N.S
SATISFACCIÓN			
Calidez en el trato	N.S	N.S	N.S
Duración adecuada de la consulta	N.S	N.S	N.S
Fue examinado por el médico	N.S	N.S	N.S
Buena información de la enfermedad	0.006*	11.0	1.94 – 62.23
Buena información del tratamiento	N.S	N.S	N.S
Buena información de próxima cita	N.S	N.S	N.S
Se respeta orden de llegada	N.S	N.S	N.S

* Obtenido mediante regresión logística multinomial.

trativo deficiente, percepción de que el médico no resuelve dudas y tratamiento no efectivo no mostraron diferencia estadísticamente significativa (tabla 4).

Otros factores no relacionados a la atención médica como el maltrato por parte del personal técnico (p = 0.920) y el sistema administrativo deficiente (p = 0.698) representado por los cambios

intempestivos de cita y la pérdida o confusión de historias clínicas no fueron estadísticamente significativos por lo que no constituyeron determinantes de insatisfacción. El tiempo de espera se muestra en el gráfico 1.

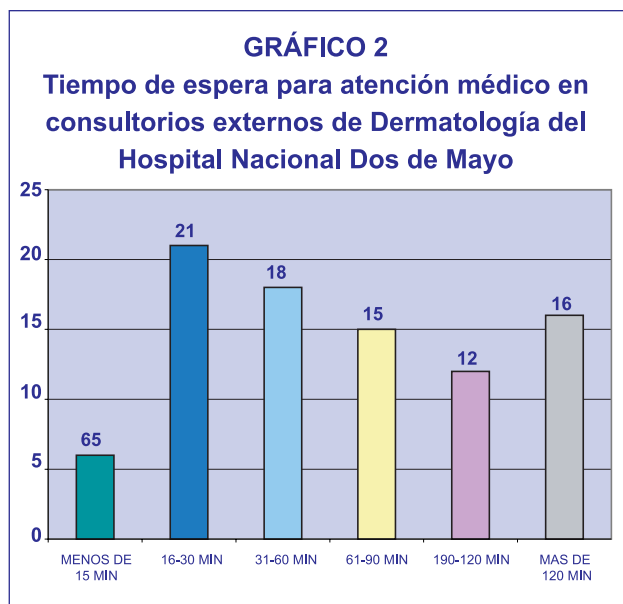


TABLA 5: Sugerencias para la mejora de la calidad de atención de los pacientes que acuden a consultorios externos de Dermatología del HNDM.

SUGERENCIAS	FRECUENCIA	%
Sala de espera más amplia	14	26.9
Renovación mobiliario de consultorios	13	25.0
Atención rápida y temprana	5	9.6
Mejor trato al paciente	4	7.7
Mejor ventilación o aire acondicionado	3	5.9
Mejor administración (citas, historias clínicas)	3	5.9
Cambio de pintura de paredes	2	3.8
Más mobiliario	2	3.8
Más consultorios	2	3.8
Más dermatólogos	1	1.9
Consultorios mas separados	1	1.9
Cambio de puertas	1	1.9
Afiches de señalización	1	1.9
TOTAL DE SUGERENCIAS	52	100.0

SUGERENCIAS DE LOS PACIENTES

Tanto los pacientes satisfechos como los insatisfechos con la atención sugirieron para la mejora de la calidad una sala de espera más amplia, la renovación del mobiliario de los consultorios, una atención médica rápida y temprana. (Ver tabla 5).

DISCUSIÓN

La calidad, desde la perspectiva del usuario, representa una de las formas más rápidas para evaluar aspectos de calidad de los servicios. Ofrece beneficios a un costo relativamente bajo, permite formular preguntas con el fin de llevar a cabo estudios de mercado acerca de innovaciones en los servicios de salud, tener mayor control en la planeación de los servicios, identificar las quejas de los pacientes descontentos y minimizar los daños a la organización, como es el caso de las demandas legales⁽²⁷⁻³⁷⁾. Asimismo, es posible documentar diferentes niveles de desempeño laboral y facilitar la evaluación, mediante el establecimiento de estándares, esto a pesar de la existencia de dudas sobre la capacidad que tiene el usuario para hacer juicios de valor sobre los aspectos técnicos de la atención⁽³⁵⁻³⁸⁾.

El presente estudio es el primero en nuestro país que presenta los determinantes de satisfacción e insatisfacción con la atención médica desde la perspectiva del paciente dermatológico y muestra que existe un alto nivel de satisfacción del paciente (76.1%) con la calidad de la atención recibida en los consultorios de Dermatología del HNDM. A pesar de la similitud de este hospital con los otros del sistema MINSA una investigación posterior realizada en 243 usuarios de la consulta externa del Servicio de Dermatología del Hospital Arzobispo Loayza mostró un nivel muy bajo de satisfacción. La explicación a esto es que aunque ambos hospitales cuentan con instalaciones antiguas, suministro limitado de equipos y de materiales (aspectos tangibles), los pacientes atendidos en el Servicio de Dermatología del Hospital Nacional Arzobispo Loayza refirieron un bajo grado de empatía de los trabajadores hacia ellos, encontrándose insatisfechos también en las dimensiones confiabilidad, respuesta rápida y seguridad⁽³⁹⁾.

La relación médico paciente es el pilar sobre el que descansa el nivel de satisfacción de la atención médica⁽³⁸⁾ la cual ha evolucionado desde sus orígenes en Hipócrates, donde predominaba una actitud paternalista con predominio de la beneficencia y no maleficencia «primum non nocere», a ser en los últimos 30 años, una relación centrada en el paciente, donde prevalece la autonomía⁽⁴⁰⁾. El paciente es quien determina los estándares de calidad en los países desarrollados, estando presente esta demanda también en el ámbito de salud en Latinoamérica^(41,42).

El análisis de la calidad a partir de las tres dimensiones que propone Donabedian (estructura, proceso y resultado) ha sido una contribución importante, pues permite medir ordenadamente las variables ligadas a la calidad de los servicios de salud. Este esquema supone que los resultados realmente son consecuencia de la atención proporcionada; lo cual implica que no todos los resultados puedan ser fáciles y exclusivamente imputables a los procesos, y no todos los procesos dependerán directa y unívocamente de la estructura. Con base en lo anterior, se desprende el análisis de la satisfacción de los usuarios, vista como un indicador de la dimensión de resultado, a partir del cual se puede obtener la opinión acerca de los aspectos de la estructura (comodidades, instalaciones físicas, organización), el proceso (procedimientos y acciones realizadas en la consulta) y el resultado (cambios en el estado de salud y la percepción general de la atención recibida)^(35,43-46). La satisfacción con la calidad de atención desde el punto de vista del paciente dermatológico en consultorios externos (76.1%), estos resultados pueden compararse con los de un estudio realizado en el también en el HNDM en pacientes que acudieron a consultorios externos de Medicina, Oftalmología, Neumología. El nivel de satisfacción fue del 93 % para la atención en Oftalmología, 61 % para Medicina y 57 % para Neumología con un índice global de satisfacción del 70 %. De este modo, los resultados obtenidos para Dermatología están por encima de los obtenidos en Medicina y Neumología así como del índice global de satisfacción. A diferencia de dicha investigación que fue de tipo descriptivo, el presente estudio

permitió obtener determinantes asociados a satisfacción e insatisfacción⁽³²⁾.

El alto nivel de satisfacción de los pacientes que acudieron a consultorios de Dermatología estuvo vinculado a la buena información recibida acerca de su enfermedad lo cual es un factor a tomarse en cuenta debido a que esto es lo que el paciente espera de su médico y que no siempre ocurre. Es importante observar que el 59.1 % de pacientes con enfermedades de la piel acude desde distritos lejanos que tienen servicios hospitalarios estatales o privados sin embargo prefieren atenderse en el HNMD, lo cual sería también un indicador indirecto de calidad.

Por otro lado, la demora en la atención médica y la percepción del paciente de que el médico lo atiende apurado fueron los determinantes de insatisfacción con la atención recibida. En cuanto al primer factor un estudio previo realizado en el HNMD demuestra que ante un menor tiempo de espera aumenta la percepción de satisfacción por parte de los pacientes⁽⁴⁷⁾, además la atención médica requiere un tiempo promedio para que pueda ser de calidad, una consulta muy corta o muy larga puede generar pérdidas a los servicios de salud⁽⁴⁵⁾; de este modo, los últimos pacientes se perjudican con un tiempo de espera mayor lo cual es susceptible de ser modificado con una mejor organización.

La calidad de atención en los servicios de salud públicos de los países de Latinoamérica se encuentra venida a menos lo cual ha sido atribuido principalmente a la escasez de recursos financieros de los sistemas públicos de salud. Nuestro estudio muestra que un factor determinante de insatisfacción fue la percepción de que el médico atiende apurado lo cual tiene un componente actitudinal, susceptible de ser modificado permitiendo incrementar la calidad de atención médica en consultorios externos con muy poca inversión de recursos financieros^(45,46).

El paciente dermatológico del HNMD es predominantemente de sexo femenino, adulto (edad promedio 34.8 ± 15.1 años) con predominio del grupo etáreo situado entre los 30 a 39 años, con grado de instrucción secundaria, de ocupación estudiante, comerciante o ama de

casa y con ingreso mensual promedio (536.93 nuevos soles) cercano al sueldo mínimo. De acuerdo a este perfil se debe entender las expectativas con la atención médica siendo importante considerar la relación médico-paciente como elemento central para brindar una atención de calidad. Para ello, el personal de salud (Médico y no médico) debería utilizar un lenguaje claro y sin tecnicismos, buscando adaptarse a las características culturales de los usuarios⁽³⁵⁾; mantener una comunicación verbal, tener una actitud y una expresión que generen confianza. Se reconoce que este elemento juega un papel importante en la adhesión del paciente a los servicios y al cumplimiento con las prescripciones indicadas por el personal médico⁽³⁵⁾.

Si bien es cierto que hubo un grupo de pacientes que se encontró insatisfecho por eventos dependientes del sistema administrativo u organizacional (no médico) como la pérdida o confusión de historias clínicas y por un supuesto maltrato recibido por parte del personal técnico auxiliar de consultorio, éstos no han mostrado ser determinantes en la satisfacción del paciente ni en su percepción de la calidad de atención. A pesar de esto es importante la mejora del sistema administrativo así como la implementación del registro informático de historias clínicas; lo cual podría mejorar este aspecto.

La entrevista dirigida realizada a los pacientes incluyó tanto preguntas cerradas como abiertas (Obtención de determinantes de satisfacción/insatisfacción y sugerencias) debido a que el uso de cuestionarios sólo con respuestas cerradas, podría limitar la libre expresión de los pacientes e impide de manera sutil el proceso reflexivo del sujeto estudiado. Es interesante observar que dentro de las sugerencias para el incremento de la calidad se plantea mejoras en la infraestructura (sala de espera más amplia, renovación de mobiliario de consultorios, mayor ventilación o aire acondicionado), atención más rápida y temprana e incluso la contratación de más dermatólogos para poder cubrir la demanda insatisfecha.

En conclusión, existe un alto nivel de satisfacción del paciente con la atención médica recibida en

consultorios externos de Dermatología del HNMD. El único determinante estadísticamente significativo para satisfacción del paciente dermatológico fue haber recibido una buena información acerca de su enfermedad por parte del médico. Los determinantes estadísticamente significativos para insatisfacción del paciente dermatológico fueron la demora en la atención médica y la percepción del paciente que el médico atiende apurado.

AGRADECIMIENTOS

Los autores desean agradecer a Ericson Gutiérrez Ingunza y Mercedes Tello Rodríguez (Instituto de Investigaciones Clínicas-UNMSM) por la revisión crítica del artículo.

CONFLICTO DE INTERESES:

Los Dres. Carlos Galarza y Willy Ramos pertenecen al comité editorial de la Revista Dermatología Peruana

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Gonzáles BI, López P, Marín IA, Haro L, Macías A. Satisfacción de los usuarios de los servicios de salud en el trabajo. *Rev Med IMSS* 2002; 40: 301-4.
2. Jacobs CM, Christoffel TH, Dixon N. *Measuring Quality of Patient Care*. Cambridge: Ballinger; 1976.
3. Tarco R, Saco S, Paredes S, Martínez C. Grado de satisfacción laboral del usuario interno en los establecimientos de salud de la red Quispicanchi-Acomayo-Cusco. *SITUA* 2003; 12: 36-43.
4. Donabedian A. La dimensión internacional de la evaluación y garantía de la calidad. *Salud Publica Mex* 1990;32:113.
5. Aguirre G. Evaluación y garantía de la calidad de la atención médica. *Salud Publica Mex* 1991;33:623.
6. Deming WE. *Calidad, productividad y competitividad. La salida de la crisis*. Madrid: Editorial Díaz de Santos; 1989.
7. Garvin, DA. *Managing Quality: The Strategic and Competitive Edge*. Primera edición. New York: The Free Press, Macmillan; 1988.
8. Mira J, Aranz J. La satisfacción del paciente como una medida de resultado de la atención sanitaria. *Med Clin (Barc)* 2000;114(Supl 3):26-33.
9. Edwards C, Staniszewska S. Accessing the user's perspective. *Health Soc Care Community* 2000;8: 417-24.
10. Schneider H, Palmer N. Getting to the truth? Researching user views of primary health care. *Health Policy Plann* 2002;17:32-41.
11. Traverso-Yépez M, Morais NA. Reinvidicando a subjetividade dos usuarios da Rede Básica de Saúde: para uma humanizacao do atendimento. *Cad Saúde Pública* 2004; 20:80-8.
12. Collins K, O' Cathain A. The continuum of patient satisfaction—from satisfied to very satisfied. *Social Sci Med* 2003; 57: 2465-70.
13. Horovitz J, Jurgens M. La satisfacción total del cliente I. La excelencia en la calidad de los productos. Barcelona: Folio, Financial Times; 1994.
14. Rey C. La satisfacción del usuario: un concepto en alza. *An Document* 2000; 3: 139 - 53.
15. Muir-Gray JA. *Evidence-based healthcare. How to make health policy and management decisions*. London: Churchill-Livingstone; 1997.
16. Carr-Hill RA. The measurement of patient satisfaction. *J Public Health Med* 1992; 14: 236-49.
17. Brody DS, Miller SM, Lerman CE, Smith DG, Lazaro CG, Blum MJ. The relationship between patients' satisfaction with their physicians and perceptions about interventions they desired and received. *Med Care* 1989; 27: 1027-35.
18. Donabedian A. *La calidad de la atención médica: definición y métodos de evaluación*. Primera edición. México: La Prensa Médica Mexicana; 1991.
19. Cuevas UML, Ávila MI, Oliver MJ, Sumano CM, Palomares HG, Garduño EJ. Relación entre médicos y pacientes en la consulta externa de unidades de primer nivel de atención médica. *Salud Pública Mex* 1991; 33:576.
20. Jones L. The fundamentals of medical good care. *Salud Pública Mex* 1990; 32: 245.
21. Lozada F, Álvarez, L. Evaluación de mejoramiento de servicios de salud de México-BID. *Salud Pública Mex* 1993; 35: 541.
22. Ruiz de Chávez M, Martínez-Narváez G, Calvo-Ríos JM, Aguirre-Gas H, Arango-Rojas R, Lara-Carreño R, et al. Bases para la evaluación de la calidad de la atención en las unidades médicas del sector salud. *Salud Pública Mex* 1990; 32:156.
23. Salinas OC, Laguna CJ, Mendoza MM. La satisfacción laboral y su papel en la evaluación de la calidad de la atención médica. *Salud Pública Mex* 1994; 36:2.
24. Secretaría de Salud. Norma técnica para la evaluación de la calidad de la atención médica. Distrito Federal, México: SSA; 1990.
25. Instituto Mexicano del Seguro Social. Modelo de atención a la salud. *Rev Med IMSS* 1994;32(Suppl):38-9.
26. Organización Panamericana de la Salud. Liderazgo en salud panamericana. Washington DC: Organización Panamericana de la Salud; 1998 (documento oficial N° 287).
27. Ministerio de Salud del Perú. Lineamientos de políticas del sector salud 1995-2000. Lima: Ministerio de Salud del Perú; 2001. Disponible en: <http://www.minsa.gob.pe/publicaciones/pubs/lineamientos/index.htm>.
28. Ministerio de Salud del Perú. Lineamientos de políticas sanitarias del Perú 2002-2012. Lima: Ministerio de Salud del Perú; 2002. Disponible en: <http://www.minsa.gob.pe/ocom/lineamientos/Lineamientos7.pdf>.
29. Ministerio de Salud del Perú, Proyecto 2000. Proyecto 2000: Un proyecto de innovaciones en salud. Reporte técnico final del equipo de asistencia técnica. Lima: Ministerio de Salud del Perú, Proyecto 2000; 2002.

30. Seclén-Palacín J, Darras C. Satisfacción de usuarios de servicios de salud: Factores demográficos y de accesibilidad asociados. Perú, 2000. *An Fac Med (Lima)* 2005; 66: 127-41.
31. Dirección General de Salud de las Personas, Dirección General de Servicios de Salud, Dirección de Garantía de la Calidad y Acreditación. Ministerio de Salud del Perú. Encuesta de satisfacción de usuarios externos de servicios de salud. Lima, Perú. 2002.
32. Grado de Satisfacción del paciente en la consulta externa. Hospital Nacional Dos de Mayo. 2002 – 2003. Disponible en Oficina de Apoyo a la docencia e Investigación HNDM.
33. Renzi C, Abeni D, Picardi A, Agostini E, Melchi CF, Pasquín P, et al. Factors associated with patient satisfaction with care among dermatological outpatients. *Br J Dermatol* 2001; 145: 617-23.
34. Renzi C, Picardi A, Abeni D, Agostini E, Baliva G, Pasquini P, et al. Association of dissatisfaction with care and psychiatric morbidity with poor treatment compliance. *Arch Dermatol* 2002; 138: 337-42.
35. Ramírez-Sánchez TJ, Nájera-Aguilar P, Nigenda-López M. Percepción de la calidad de la atención de los servicios de salud en México: perspectiva de los usuarios. *Salud Pub Mex* 1998; 40: 1 – 10.
36. Ruelas-Barajas E, Reyes H, Zurita-Garza B, Vidal LM, Karchmer S. Círculos de calidad como estrategia de un programa de la atención médica en el Instituto Nacional de Perinatología. *Salud Pública Mex* 1990; 32: 220-70.
37. Vidal-Pineda LM, Reyes-Zapata H. Diseño de un sistema de monitoría para el desarrollo de programas de garantía de calidad. *Salud Pública Mex* 1993; 35: 326-31.
38. Burdiles P, Csendes A, Molina P, Gonzales G, Ramirez C, Puchi A, et al. Atributos del médico tratante: estudio desde el punto de vista del paciente. *Revista Hospital Clínico Universidad de Chile* 2001; 12: 259-65.
39. Delgado AG. Calidad de servicio percibida por los usuarios de consulta externa de dermatología del Hospital Nacional Arzobispo Loayza. Lima 2007 [Tesis maestría]. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2008.
40. Reyes-Zapata H, Meléndez-Colindres V, Vidal-Pineda LM. Programa de garantía de calidad en el primer nivel de atención. *Salud Pública Mex* 1990; 32: 232-42.
41. Hojat M, Gonella J, Nasca T, Mangione S, Vergare M, Magee M. Physician empathy: definition, components, measurement, and the relationship to gender and specialty. *Am J Psychiatry* 2002; 159: 1563-9.
42. Glass R. The patient-physician relationship: JAMA Focuses on the Center of Medicine. *JAMA* 1996; 275: 147-8.
43. Donabedian A. Continuidad y cambio en la búsqueda de la calidad. *Salud Pública Mex* 1993; 35: 238-47.
44. Donabedian A. Los espacios de la salud. Aspectos fundamentales de la organización de la atención médica. México DF: Fondo de la Cultura económica; 1988.
45. Ramírez MA, García JE, Fausto SR. Definición del Problema de la Calidad de la Atención Médica y su Abordaje Científico: Un Modelo para la realidad Mexicana. *Cad Saúde Púb* 1995; 11: 456-62.
46. Coelho A. Alternativas de financiamiento de la atención médica en América Latina y el Caribe. *Rev Saúde Pública* 1995; 29: 234-242.
47. Gutierrez E, Ramos W, Uribe M, Ortega-Loayza AG, Torres C, Montesinos D, et al. Tiempo de espera y su relación con la satisfacción de los usuarios en la farmacia central de un hospital general de Lima. *Rev Peru Med Exp Salud Pública* 2009;26:61-5.

Correspondencia: Dra. Patricia Chávez de Paz.
 Servicio de Dermatología. Hospital Nacional Dos de Mayo.
 Dirección: Parque "Historia de la Medicina Peruana" S/N, Lima 01. Perú.
 Teléfono: (51-1) 328-0028, anexo 317.
 Correo electrónico: pchavezdepaz@hotmail.com

Índice de severidad del área de psoriasis (PASI) en pacientes del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión durante el período 1996-2005.

Psoriasis area and severity index (PASI) in patients of the National Hospital Daniel Alcides Carrion during the period of 1996 to 2005.

Zaida Gutiérrez⁽¹⁾, Juan Medina⁽²⁾, Sandra García⁽²⁾, Armando Betanzos⁽²⁾, Marcela Leyva⁽²⁾, José Ontón⁽²⁾, Lisbeth Rengifo⁽²⁾, Guillermo Reynoso⁽³⁾.

RESUMEN

OBJETIVO: Evaluar el índice de severidad del área de psoriasis (PASI) en 349 pacientes nuevos que ingresaron al programa de Psoriasis del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión (HNDAC) en el período 1996-2005.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio descriptivo, retrospectivo y observacional. Se recolectó los informes de las evaluaciones del PASI realizadas en la primera consulta del paciente psoriásico que ingresaba al programa y se correlacionó con la edad, sexo y tiempo de enfermedad. Se realizó estadística univariada y bivariada con las pruebas estadísticas del Chi Cuadrado y U de Mann Whitney con un nivel de confianza del 95%.

RESULTADOS: La edad promedio de los pacientes fue de 42.6 años, con predominio de psoriasis tipo II. Se obtuvo un promedio general de PASI de 12.3 (Psoriasis leve). En los varones el PASI promedio fue de 15.04 y en las mujeres de 9.37 ($p < 0.0001$). El tiempo de enfermedad promedio fue de 9.6 años, existió diferencia estadísticamente significativa para el tiempo de enfermedad en pacientes PASI severo en comparación con aquellos que tenían PASI leve y moderado.

CONCLUSION: En el HNDAC la psoriasis severa muestra mayor severidad en varones con un tiempo de enfermedad mayor.

PALABRAS CLAVE: psoriasis, índice de severidad, PASI

Dermatol Perú 2009;19(1): 32-35

ABSTRACT

AIM: To evaluate the psoriasis area and severity index (PASI) in 349 new patients admitted to the Psoriasis Program of the National Hospital Daniel Alcides Carrion (HNAC) since 1996 to 2005.

MATERIAL AND METHODS: Descriptive, retrospective and observational study. The reports of the evaluations made of Psoriasis Area and Severity Index, (PASI) in patients of the Hospital Daniel Alcides Carrion that income by the first time to the program and were correlated with the age, sex and time of illness. It has

1) Servicio de Dermatología del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión. Tutora de pregrado y postgrado de Dermatología de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos.

2) Médico Residente de Dermatología. Universidad Nacional Mayor de San Marcos.

3) Estudiante del tercer año de Medicina. Universidad de San Martín de Porres.

Recibido: 13-II-2009

Aceptado: 22-VII-2009.

been revised with the statistical test of the Chi square and Mann Whitney (comparison of averages).

RESULTS: The average age was 42,6, with prevalent of psoriasis type II. The average of PASI was 12.3 (mild psoriasis); for males the average arose to 15.04 and for women 9.37; with a significant statistical difference of $p = 0001$ It was 42.6 years old average, talking about the age in which prevails the psoriasis type II. The average last of illness was 9.6 years. There was a significant statistical difference for time of illness in severe PASI patients in comparison with these with mild or moderated PASI..

CONCLUSION: At the HNDAC, severe psoriasis showed major severity in males with a major time of sickness.

KEY WORDS: Psoriasis, severity index, PASI.

INTRODUCCIÓN

La psoriasis es una enfermedad inflamatoria de la piel, que se presenta en el 1 a 3 % de la población. Se caracteriza por proliferación de queratinocitos epidérmicos y se manifiesta clínicamente por presentar placas blanco nacaradas preferentemente en las prominencias óseas, con frecuente compromiso ocular y articular⁽²⁻⁷⁾; esto produce minusvalía en los pacientes llevándolos al aislamiento y abandono. La enfermedad es de etiología autoinmune siendo desencadenada por factores como estrés, infecciones, traumatismos de la piel (rascado, quemadura), medicamentos, alimentos, etc. No tiene predilección por sexo⁽²⁻⁴⁾ y puede iniciarse en cualquier etapa de la vida⁽⁸⁻¹³⁾.

El Programa de Psoriasis del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión (HNDAC), tiene como finalidad brindar al paciente psoriásico una calidad de vida⁽¹³⁾ acorde a su realidad, por lo que es necesario evaluar el tipo de psoriasis predominante, grado de severidad así como los grupos etarios y sexo afectados, para organizar y fomentar actividades adecuadas a esa realidad.

El índice de severidad del área de psoriasis (PASI) es un elemento importante para la evaluación de la psoriasis y tiene buena correlación con la severidad de la enfermedad⁽¹⁻¹⁰⁾; su puntuación varía entre 0 y 72 clasificándose como leve cuando

se encuentra entre 0 y 20, moderada entre 21 y 50 y severa entre 51 y 72⁽¹⁾.

El estudio efectuado tiene como objetivo evaluar el PASI en 349 pacientes nuevos que ingresaron al programa de Psoriasis del HNDAC en el período 1996-2005.

PACIENTES Y METODOS

Estudio descriptivo, retrospectivo y observacional. La población de estudio estuvo constituida por los pacientes del Programa de Psoriasis del HNDAC entre los años 1996 y 2005; no se realizó muestreo, se trabajó con la población total, por ser esta pequeña y accesible.

Se revisó el PASI de los pacientes con psoriasis a su ingreso al programa. Adicionalmente, se obtuvo datos de la edad, sexo, tiempo de enfermedad y forma clínica de la psoriasis las cuales fueron relacionadas con el PASI. La información obtenida fue registrada en un instrumento de recolección de datos y pasó a formar parte de una base de datos informática.

El análisis estadístico se realizó con el programa SPSS 15.0 para Windows. Se realizó estadística descriptiva obteniéndose frecuencias, porcentajes, medidas de tendencia central (media, mediana) y de dispersión. La estadística bivariada se realizó con las pruebas Chi cuadrado de Pearson y U de Mann Whitney. Los cálculos se realizaron con nivel de significación $\alpha=0.05$.

RESULTADOS

CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LOS PACIENTES

Durante el período de estudio fueron atendidos en el Programa de Psoriasis, 349 pacientes nuevos. El 52.7% correspondió al sexo masculino mientras que el 47.3% al sexo femenino. La edad de los pacientes varió entre los 3 meses y 83 años de edad siendo el grupo atendido con mayor frecuencia el comprendido entre los 40 y 59 años (41.8%). El 81.1% tenía un tiempo de enfermedad entre los 0 y 10 años. La distribución por grupo etario de los pacientes se muestra en la Tabla 1.

TABLA 1: Distribución por grupo etario de pacientes del Programa de Psoriasis del HNDAC, período 1996 y 2005.

GRUPO ETARIO	FRECUENCIA	%
0 – 19 años	45	12.9
20 – 39 años	93	26.6
40 – 59 años	146	41.8
60 a más años	65	18.6
TOTAL	349	100.0

PASI

La puntuación promedio del PASI fue de 12.3 y de acuerdo a la severidad, la psoriasis leve fue la más frecuente (gráfico 1). La puntuación promedio del PASI fue significativamente mayor para el sexo masculino en comparación con la obtenida en el sexo femenino (15.0 vs 9.4; $p < 0.001$).

El tiempo de enfermedad promedio de los pacientes con psoriasis fue de 6.5 años; el 81.1% tenía un tiempo de enfermedad menor o igual a 10 años, 13.5% entre 11 y 20 años, 4.0% entre los 21 y 30 años y 1.4% entre 31 y 40 años. Se observó que el tiempo de enfermedad promedio fue mayor en el grupo con psoriasis severa en comparación con los grados leve y moderado para lo cual existió diferencia estadísticamente significativa (Tabla 2).

GRÁFICO 1: Grado de severidad de psoriasis de acuerdo al PASI de pacientes del HNDAC.

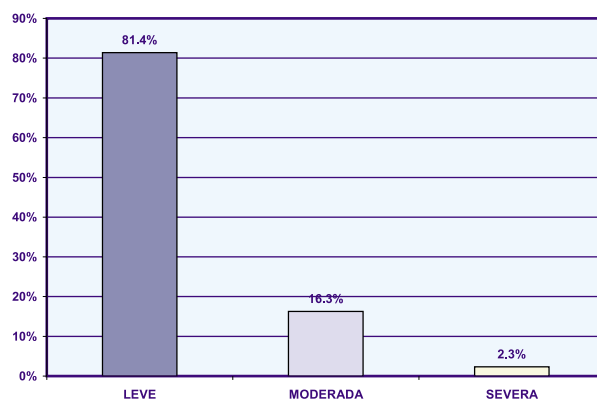


TABLA 2: Tiempo de enfermedad promedio (en años) de los pacientes de acuerdo a la severidad de la psoriasis.

SEVERIDAD DE LA PSORIASIS	FRECUENCIA DE PACIENTES	TIEMPO DE ENFERMEDAD PROMEDIO
Leve	284	5.9
Moderada	57	8.4
Severa	8	14.7
TOTAL	349	6.5

$p < 0.001$; prueba de Kruskal-Wallis

TABLA 3: Cuadro de resumen de puntajes alcanzados en el PASI y clasificación por severidad en pacientes del Programa de Psoriasis del HNDAC, período 1996 y 2005.

SEVERIDAD PASI	PUNTAJE PASI	FRECUENCIA DE PACIENTES	%
Leve	0 – 5	136	39.0
	6 – 10	82	23.5
	11 – 15	41	11.7
	16 – 20	25	7.2
Moderado	21 – 30	33	9.5
	31 – 40	17	4.9
	41 – 50	7	2.0
Severo	51 – 60	4	1.1
	61 – 72	4	1.1
	TOTAL	319	100

Los puntajes obtenidos por los pacientes en el PASI como la clasificación de acuerdo a severidad se muestran en un cuadro de resumen en la tabla 3.

DISCUSIÓN

En el presente trabajo a diferencia del publicado en el año 2003⁽¹⁾, se ha obtenido datos más precisos. En primer lugar el promedio del PASI es de 12.3, el cual es levemente menor en comparación con el anterior (12.5); por lo tanto se puede concluir que el PASI en este grupo de pacientes es predominantemente leve⁽¹⁴⁾ y dentro del leve, más del 62.5 % tienen PASI menor de 10 y el 39% menor de 5.

Si bien la psoriasis no diferencia el sexo⁽²⁻⁷⁾, sí se observa diferencia en la severidad. De este modo, el PASI es significativamente mayor para el sexo masculino que en el femenino, no encontrándose en la literatura nacional e internacional trabajos publicados que muestren esta diferencia. Nuestra hipótesis es que existiría algún factor de "protección" en el sexo femenino; en nuestra serie de pacientes la mayoría se encuentra en edad reproductiva en promedio de 42.9 años por lo que podrían intervenir factores hormonales en la severidad de la psoriasis.

El tiempo de enfermedad en promedio fue de 6.5 años^(12,13). Esto significa que la enfermedad en este grupo de personas no es tan crónica, teniendo en cuenta que en el Callao el promedio de vida de 75 años. Se observa además una posible correlación directa entre el tiempo de enfermedad; ya que la severidad de la psoriasis aumentó a medida que aumentó el tiempo de enfermedad y viceversa. Investigaciones posteriores deben confirmar y explicar esta posible asociación. La edad promedio de inicio de la enfermedad es tardío (42 años), por lo que de acuerdo a la clasificación de Henseler y Christophers predomina la psoriasis tipo II^(7,8).

En conclusión, la psoriasis en el HNDAC muestra mayor severidad en varones con un tiempo de enfermedad mayor para psoriasis severa.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores no declaran conflicto de intereses.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Gutiérrez Z. Evaluación del índice de severidad y área de psoriasis (PASI), en 157 pacientes del Club de Psoriasis del Servicio de Dermatología del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, Callao- Perú. *Dermatol Perú* 2003;13:185-8.
2. Ferrándiz C, Pujol RM, García-Patos V, Bordas X, Smandía JA. Psoriasis of early and late onset: A clinical and epidemiologic study from Spain. *J Am Acad Dermatol* 2002;46:867-73.
3. Kaur I, Handa S, Kumar B. Natural history of psoriasis: a study from the Indian subcontinent. *J Dermatol* 1997;24:230-4.
4. Kumar B, Jain R, Sandhu K, Kaur I, Handa S. Epidemiology of childhood psoriasis: a study of 419 patients from northern India. *Int J Dermatol* 2004;43:654-8.
5. Fatani MI, Abdulghani MH, Alafif KA. Psoriasis in the eastern Saudi Arabia. *Saudi Med J* 2002;23:213-7.
6. Farber EM, Nall ML. The natural history of psoriasis in 5600 patients. *Dermatologica* 1974;148:1-18.
7. Ejaz A, Raza N, Iftikhar N, Iftikhar A, Farooq M. Presentation of early onset psoriasis in comparison with late onset psoriasis: A clinical study from Pakistan. *Indian J Dermatol Venereol Leprol* 2009;75:36-40.
8. Krueger G, Duvic M. Epidemiology of psoriasis: Clinical issues. *J Invest Dermatol* 1994;102:14-8.
9. Cañarte C, Cabrera F, Palacios S. Epidemiología de la Psoriasis en el Distrito Metropolitano de Quito. *Rev Cient Soc Ecuatoriana Dermatol* 2004;9:2-7.
10. Trujillo I, Díaz M, Torres O, Torres F, Falcón L, Pérez M. Psoriasis vulgar. Estudio descriptivo de 200 pacientes. *Rev Cubana Med* 2002;4:12-5.
11. Kanda N, Watanabe S. Regulatory roles of sex hormones in cutaneous biology and immunology. *J Dermatol Sci* 2005;38:1-7.
12. Koo JY. Population-based epidemiologic study of psoriasis with emphasis on quality of life assessment. *Dermatol Clin* 1996;14:485-96.
13. Delgado M, Quincha M, Méndez M. Valoración de la calidad de vida mediante la aplicación del test SF-36V2 en pacientes de la Fundación de Psoriasis de la ciudad de Quito *Dermatol Perú* 2003;13:172-84.
14. Jacobson CC, Kimball AB. Rethinking the Psoriasis Area Severity Index: the impact of area should be increased. *Br J Dermatol* 2004;151:381-7.

Correspondencia:

Dra. Zaida Gutiérrez.

Dirección: Loma Bella 239, Urbanización Prolongación Benavides. Lima 33.

Correo electrónico: zaidagutierrez@starmedia.com.

Pénfigo foliáceo endémico en tres regiones de la amazonía peruana. Enero-diciembre 2004.

Endemic Pemphigus Foliaceus in three regions of Peruvian Amazonia. January – December 2004.

Carlos Galarza^(1,2), Willy Ramos⁽¹⁾, Ericson L. Gutierrez⁽¹⁾, Jesús Díaz⁽³⁾, Judith Munive⁽⁴⁾, Gerardo Ronceros⁽¹⁾, Jorge Hurtado^(1,5), Jack Ávila⁽¹⁾, Mercedes Tello⁽¹⁾, Alex G. Ortega-Loayza⁽⁶⁾.

RESUMEN

OBJETIVO: Determinar las características epidemiológicas y clínicas del pénfigo foliáceo endémico (PFE) en tres regiones de la Amazonía Peruana durante el año 2004.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio descriptivo, prospectivo y observacional realizado en tres regiones de la amazonía peruana. Los pacientes con PFE fueron captados en el Hospital de Apoyo de Chachapoyas (Amazonas), Hospital Hermilio Valdizán Medrano (Huánuco), Posta Médica EsSalud Santa Lucía-Uchiza (San Martín), en los centros de salud de cada departamento y mediante búsqueda activa durante Enero y Diciembre del año 2004. El diagnóstico se realizó en base a los criterios epidemiológico, clínico, histopatológico e inmunológico.

RESULTADOS: Se captó un total de 10 casos de PFE en los departamentos de Amazonas, Huánuco y San Martín. Se determinó áreas endémicas de PFE en Tingo María, Tournavista y La Unión (Huánuco), Moyobamba (San Martín), Tuemal y Bagua (Amazonas). La mayor frecuencia de pacientes fueron de sexo masculino, menores de 40 años, de forma clínica generalizada con régimen de tratamiento irregular. Se detectó casos en Moyobamba y Tuemal a una altitud de 886 y 1172 msnm respectivamente, con características clínicas similares a la de los casos detectados a altitudes inferiores a 800 msnm.

CONCLUSIÓN: De las regiones estudiadas, Huánuco es la que presenta mayor frecuencia de pacientes con PFE mientras que en San Martín y Amazonas la frecuencia es marcadamente inferior. Existen casos de PFE en San Martín y Amazonas a altitudes superiores a los 800 msnm.

Palabras clave: Pénfigo foliáceo endémico, amazonía peruana.

Dermatol Perú 2009;19(1): 37-42

- 1) Instituto de Investigaciones Clínicas. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima – Perú.
- 2) Servicio de Dermatología. Hospital Nacional Dos de Mayo. Lima – Perú.
- 3) Servicio de Dermatología. Hospital de Apoyo de Chachapoyas. Amazonas-Perú.
- 4) Servicio de Dermatología. Hospital Nacional Hermilio Valdizán Medrano. Huánuco – Perú.
- 5) Posta Médica EsSalud Santa Lucía-Uchiza. San Martín – Perú.
- 6) Department of Internal Medicine. Virginia Commonwealth University, Richmond, VA, USA.

Recibido: 11-III-2009

Aceptado: 18-III-2009.

Correspondencia: Dr. Carlos Galarza Manyari.
Instituto de Investigaciones Clínicas, Universidad Nacional Mayor de San Marcos.
Dirección: Parque "Historia de la Medicina Peruana" S/N, Lima 01. Perú.
Teléfono: (51-1) 328-4748.
FAX: (51-1) 328-5087.
Correo electrónico: investicl@yahoo.com

ENDEMIC PEMPHIGUS FOLIACEUS IN THREE REGIONS OF PERUVIAN AMAZONIA. JANUARY – DECEMBER 2004.

ABSTRACT

OBJECTIVE: To determine clinical and epidemiological characteristics of Endemic Pemphigus Foliaceus (EPF) in three regions of Peruvian Amazon during 2004.

MATERIAL AND METHODS: Descriptive, prospective and observational study realized in three regions of Peruvian Amazonia. Patients with EPF were enrolled in Chachapoyas Hospital (Amazonas), Hermilio Valdizan Medrano Hospital (Huanuco), Santa Lucia – Uchiza Essalud Health Station (San Martín), in Health Centers of each department and through active search during January and December of 2004. The diagnosis was realized based to clinical epidemiologic, histopathologic and immunologic features.

RESULTS: It was enrolled a total of 10 cases with EPF in departments of Amazonas, Huanuco and San Martín. It was determined endemic areas of EPF in Tingo María, Tournavista and La Unión (Huanuco), Moyobamba (San Martín), Tuemal and Bagua (Amazonas). The major frequency of patients was male, under of 40 years, generalized clinical form with regimen of irregular treatment. It was detected cases in Moyobamba and Tuemal at a height of 886 and 1172 masl respectively, with clinical characteristics similar to the cases detected at heights under 800 masl.

CONCLUSION: Huanuco is area which present major frequency of patients with EPF, while in San Martín and Amazonas, the frequency is extremely lower. There are cases of EPF in San Martín and Amazonas at heights above 800 masl.

KEY WORDS: Endemic Pemphigus Foliaceus, Peruvian Amazonia.

INTRODUCCIÓN

El Pénfigo Foliáceo endémico (PFE) es una enfermedad autoinmune de la piel caracterizada por la presencia de ampollas superficiales subcorneales y autoanticuerpos de tipo IgG4 específicos para la región extracelular de la

glicoproteína desmosomal desmogleína 1, encargada de la unión entre células epidérmicas⁽¹⁻⁸⁾. Constituye un grupo único de enfermedades autoinmunes que se presenta en áreas bien definidas de Sudamérica y África⁽⁹⁾.

Se encuentran en riesgo las personas de cualquier raza o género expuestos a la ecología de las zonas endémicas. La mayoría de estos viven en la amazonía en áreas de bajas condiciones socioeconómicas, en la vecindad de ríos o arroyos, a una altitud de 500-800 msnm y a un radio de 10-15 Km del rango de vuelo de insectos hematófagos^(4,10-13).

El primer reporte de casos de PFE en el Perú fue realizado por Elmer Heimgartner en 1976⁽¹⁴⁾; luego la enfermedad ha sido descrita en los departamentos de Loreto y Ucayali mediante reportes de casos que aportan información de las características epidemiológicas y clínicas de la enfermedad⁽¹⁵⁻¹⁷⁾. Por el contrario, se tiene sólo información oral de la existencia de casos en las regiones de Amazonas y San Martín atendidos en el Hospital Regional de Pucallpa, el Hospital de Apoyo N° 2 de Yarinacocha (Amazónico) y en el Hospital Nacional Dos de Mayo (Lima), pero no hay estudios que caractericen las áreas donde es prevalente. Asimismo, no se tiene datos de su prevalencia en otros departamentos con región amazónica como Cusco, Junín, Madre de Dios y Pasco. Por esta razón, debería profundizarse los estudios de PFE en el Perú, que empieza a constituirse en un problema de salud pública en las áreas endémicas.

El presente estudio tuvo como objetivo determinar las características epidemiológicas y clínicas del PFE en tres regiones de la amazonía peruana (Amazonas, San Martín y Huánuco) durante el año 2004.

MATERIAL Y METODOS

Estudio descriptivo, prospectivo y observacional realizado en tres regiones de la amazonía peruana. Se incluyó en el estudio pacientes con PFE captados durante el año 2004 en hospitales

y centros de referencia de estas regiones: Hospital de Apoyo de Chachapoyas (Amazonas), Hospital Hermilio Valdizán Medrano (Huánuco), Posta Médica EsSalud Santa Lucía-Uchiza (San Martín), centros de salud locales, consultorios particulares de dermatólogos de la región así como por búsqueda activa de los investigadores en áreas posiblemente endémicas de las que se tenían reportes de previos de la enfermedad.

Se captó a todo paciente con lesiones ampollares, el que fue evaluado por un médico especialista en Dermatología, quien realizó el diagnóstico y el llenado de la historia clínica. Se realizó biopsia de piel y se obtuvo muestra de sangre para estudios inmunológicos. El diagnóstico definitivo se realizó en base a criterios epidemiológico, clínico, histopatológico e inmunológico:

- Criterio clínico: Presencia de lesiones ampollares, eritema, erosiones, descamación, prurito y signo de Nikolsky.
- Criterio epidemiológico: Procedencia de área rural de la amazonía, de bajas condiciones socioeconómicas, cercanía a ríos o arroyos, exposición intensa a insectos hematófagos.
- Criterio histopatológico: Presencia de acantolisis subcorneal.
- Criterio inmunológico: Demostración de anticuerpos circulantes contra los espacios intercelulares de células epidérmicas en la inmunofluorescencia indirecta o de anticuerpos anti desmogleína 1 en inmunoprecipitación y ELISA.

Se consideró como diagnóstico definitivo a los pacientes que cumplían con los criterios clínico, epidemiológico histopatológico y/o inmunológico.

Para el análisis descriptivo de las características clínicas y epidemiológicas de los pacientes se realizó estadística univariada obteniéndose frecuencias, porcentajes, medidas de tendencia central y de dispersión.

RESULTADOS

Durante el período de estudio se captó un total de

10 casos de PFE en los departamentos de Amazonas, Huánuco y San Martín. La mayor frecuencia de casos se obtuvo en Huánuco (Tabla 1) mientras que la menor se presentó en San Martín.

PFE EN HUÁNUCO

Se presentaron 6 casos en el departamento de Huánuco de los cuales 2 fueron captados en el Hospital Hermilio Valdizán Medrano, 2 en el Hospital Nacional Dos de Mayo (Referidos), 1 en el Hospital Regional de Pucallpa (De tránsito en Pucallpa) y 1 captado mediante búsqueda activa en una zona rural de Tingo María (Tabla 2). El tiempo de enfermedad de los pacientes varió entre 1 y 3 años, 2 casos tenían evolución crónica activa, 1 se encontraba en remisión clínica y el 50 % de los casos presentaban la forma clínica generalizada (Tabla 3).

PFE EN AMAZONAS

Se presentaron 2 casos, procedentes de Tuemal y de Bagua, ambos captados en el Hospital de Apoyo de Chachapoyas. Los pacientes procedían de áreas rurales (tabla 2) con un tiempo de enfermedad menor de 6 meses, ambos con la forma clínica generalizada, uno de los cuales presentaba una recaída debido a un régimen de tratamiento irregular (Tabla 3). No se detectó casos mediante búsqueda activa.

PFE EN SAN MARTÍN

Se captaron 2 casos mediante búsqueda activa en zonas rurales de Moyabamba (Tabla 2), ambos con la forma clínica generalizada. Los pacientes tenían evolución crónica activa y no habían acudido a ningún centro hospitalario por lo que no recibían tratamiento (Tabla 3). No se encontraron registros de casos similares en los establecimientos que corresponden al Ministerio de Salud (MINSA).

Se detectó casos de PFE en Moyabamba y Tuemal a una altitud de 886 y 1172 msnm respectivamente, con características clínicas similares a la de los casos detectados a altitudes inferiores a 800 msnm.

TABLA 1: Frecuencia de casos de PFE en tres regiones de la Amazonía Peruana. Enero – diciembre 2004.

DEPARTAMENTO EVALUADO	FRECUENCIA CASOS	POBLACIÓN TOTAL(*)
Amazonas	02	443 025 habitantes
Huánuco	06	833 640 habitantes
San Martín.	02	777 694 habitantes

(*) Proyección de población regional obtenida del Instituto Nacional de Estadística e Informática.

TABLA 2: Características geográficas de áreas endémicas de PFE en tres regiones de la amazonía peruana.

DEPARTAMENTO DE LA AMAZONÍA	AREA ENDÉMICA	FRECUENCIA DE CASOS	LOCALIZACIÓN GEOGRAFICA	ALTITUD (msnm)	CLIMA
Amazonas	Bagua	01	Latitud sur 5° 38' 10" longitud oeste 78° 31' 45"	431	Cálido, templado y húmedo.
	Tuemal	01	Latitud sur 6° 26' 45" longitud oeste 77° 24' 46"	1172	Templado cálido
Huánuco	Tingo María	03	Latitud sur 9° 17' 43", 648 longitud oeste 75° 59' 50"	648	Cálido y húmedo.
	La Unión	01	Latitud sur 9° 49' 33", longitud oeste 76°48'00"	226	Cálido, húmedo y lluvioso.
	Tournavista	02	Latitud sur 8°55'10", longitud oeste 74° 42' 53"	167	Cálido y húmedo.

TABLA 3: Resumen de casos de PFE en tres regiones de la amazonía.

CODIGO	EDAD	SEXO	PROCEDENCIA	EVOLUCIÓN CLÍNICA	FORMA CLÍNICA	RÉGIMEN DE TRATAMIENTO
PFE1A	34	M	Tuemal	Crónica activa	Generalizada	Regular
PFE2H	19	M	Huánuco	Crónica activa	Generalizada	Regular
PFE3H	39	F	Tournavista	Crónica activa	Localizada	Regular
PFE4H	32	M	Tingo María	Crónica activa	Localizada	Regular
PFE5H	36	F	Huánuco	Remisión	Generalizada	Irregular
PFE6H	25	M	Tingo María	Crónica activa	Localizada	Regular
PFE7SM	69	M	Moyobamba	Crónica activa	Generalizada	Sin tratamiento
PFE8H	15	M	Tournavista	Crónica activa	Localizada	Irregular
PFE9SM	72	M	Moyobamba	Crónica activa	Generalizada	Sin tratamiento
PFE10A	28	M	Bagua	Recaída	Generalizada	Irregular

DISCUSIÓN

El pénfigo foliáceo endémico es una enfermedad que se encuentra distribuida en la amazonía peruana⁽¹⁴⁻¹⁷⁾; sin embargo, existen áreas que muestran mayor prevalencia de casos que otras. Estudios previos realizados por nuestro grupo de investigación han encontrado que la enfermedad tiene mayor prevalencia en el departamento de Ucayali no existiendo en nuestro país áreas tan endémicas como las existentes en Brasil o Túnez que son los que presentan las mayores tasas de prevalencia e incidencia a nivel mundial y donde sólo la tasa de incidencia es de 50 casos por millón/año y 6.7 casos por millón/año respectivamente⁽¹⁶⁻²⁰⁾.

De los departamentos estudiados el año 2004, el PFE fue más frecuente en Huánuco y menos frecuente en San Martín y Amazonas; los cuales a su vez muestran una menor frecuencia de casos que los reportados en las regiones de Ucayali (16 casos de PFE entre Octubre 2000-Setiembre 2001) y Loreto (25 casos entre Agosto 1991-Abril 1992).

Este estudio muestra la presencia de la enfermedad en áreas de bajas condiciones socioeconómicas de la amazonía peruana de clima cálido, húmedo y en algunos casos lluvioso. La principal diferencia epidemiológica observada en comparación con los casos descritos en la región Ucayali es que las principales áreas endémicas en la región Huánuco como Tingo María y Tournavista se localizan a una altitud de 690 y 250 msnm respectivamente y corresponden a la ecoregión de la selva baja. Por el contrario, áreas de menor endemicidad de los departamentos de San Martín y Amazonas (como Tuemal y Moyabamba) se sitúan por encima de los 800 msnm y corresponden a la ecoregión de la selva alta lo cual no ha sido reportado en Brasil donde se describe que los focos endémicos se presentan típicamente entre los 400 a 800 msnm⁽¹⁰⁻¹³⁾.

Las características epidemiológicas y clínicas restantes de los pacientes son similares a las descritas en estudios previos observándose el

predominio de la forma clínica generalizada, con afectación principalmente de menores de 40 años (pico de incidencia entre los 30 y 39 años) con alta frecuencia de presentación del PFE en pacientes pediátricos.

En conclusión, de las regiones estudiadas, Huánuco es la que presenta mayor frecuencia de PFE mientras que en San Martín y Amazonas la frecuencia es marcadamente inferior. Existen casos de PFE en San Martín y Amazonas a altitudes iguales o superiores a los 800 msnm.

CONFLICTO DE INTERESES

El presente trabajo fue financiado por el Vicerrectorado de Investigación de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos no teniendo influencia en el diseño del estudio, recolección, análisis o interpretación de los datos; así como en la preparación, revisión o aprobación del manuscrito. Los Dres. Carlos Galarza y Willy Ramos pertenecen al Comité Editorial de la Revista Dermatología Peruana.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Warren S, Lin MS, Giudice G, Hoffman R, Hans-Filho G, Aoki V, et al. The Prevalence of antibodies against Desmoglein 1 in Endemic Pemphigus Foliaceus in Brazil. *N Eng J Med* 2000; 343: 23-30.
2. Emery DJ, Diaz LA, Fairley JA, López A, Taylor AF, Giudice GP. Pemphigus foliaceus and pemphigus vulgaris autoantibodies react with the extracellular domain of desmoglein 1. *J Invest. Dermatol* 1995; 104:323-8.
3. Moraes JR, Moraes ME, Fernandez-Viria M, Diaz LA, Friedman H, Campbell IT, et al. HLA antigens and risk for development of Pemphigus Foliaceus (Fogo Selvagem) in endemic areas of Brazil. *Immunogenetics* 1991; 33: 388-91.
4. Moraes ME, Fernandez-Viria, Lazaro A, Diaz LA, Hans-Filho GH, Friedman H, et al. An epitope in the third hypervariable region of the DRB1 gene is involved in the susceptibility to Endemic Pemphigus Foliaceus (Fogo Selvagem) in three different Brazilian populations. *Tissue Antigens*. 1997; 49: 35-40.
5. Sampaio SA, Rivitti EA, Aoki V, Diaz LA. Brazilian Pemphigus Foliaceus, endemic pemphigus foliaceus, or Fogo Selvagem (Wild Fire). *Dermatol Clinics* 1994; 12: 765-76.
6. Friedman H, Campbell I, Rocha-Alvarez R, Ferrari I, Coimbra CE, Moraes JR, et al. Endemic pemphigus foliaceus (fogo selvagem) in native Americans from Brasil. *J Am Acad Dermatol* 1995; 32: 949 -56.

7. Hans-Filho G, dos Santos V, Katayama JH, Aoki V, Rivitti EA, Sampaio SA, et al. An active focus of high prevalence of fogo selvagem on an Amerindian reservation in Brazil. *J Invest Dermatol* 1996;107:68-75.
8. Lombardi C, Borges PC, Chaul A, Sampaio SA, Rivitti EA, Friedman H, et al. Environmental risk factors in Endemic Pemphigus Foliaceus (Fogo Selvagem). The Cooperative Group on Fogo Selvagem Research. *J Invest Dermatol* 1992;98:847-50.
9. Abreu-Velez AM, Beutner EH, Montoya F, Bollag WB, Hashimoto T. Analyses of autoantigens in a new form of endemic pemphigus foliaceus in Colombia. *J Am Acad Dermatol* 2003; 49: 609-14.
10. Eaton DP, Diaz LA, Hans-Filho G, dos Santos VD, Aoki V, Friedman H, et al. Comparison of black fly species (Diptera Simuliidae) on an Amerindian reservation with a high prevalence of Fogo Selvagem to neighboring disease of free sites in the States of Matto Grosso do Sul , Brazil. The Cooperative Group on Fogo Selvagem Research. *J Med Entomol* 1998; 35: 120-31.
11. Aoki V, Millikan RC, Rivitti EA, Hans-Filho G, Eaton DP, Warren S, et al. Environmental Risk Factors in Endemic Pemphigus Foliaceus (Fogo Selvagem). *J Investig Dermatol Symp Proc* 2004; 9: 34-40.
12. Diaz LA, Sampaio SA, Rivitti EA, Martins CR, Cunha PR, Lombardi C, et al. Endemic pemphigus foliaceus (fogo selvagem). II. Current and historic epidemiologic studies. *J Invest Dermatol* 1989; 92:4-12.
13. Diaz LA, Arteaga LA, Hilario-Vargas J, Valenzuela JG, Li N, Warren S, et al. Anti-Desmoglein-1 Antibodies in Onchocerciasis, Leishmaniasis and Chagas Disease Suggest a Possible etiological Link to Fogo Selvagem. *J Invest Dermatol* 2004;123: 1045-51.
14. Heimgartner E, De Heimgartner V. Experiencias en enfermedades dermatológicas endémicas en la selva peruana: Leishmaniasis y Pénfigo Foliáceo Endémico. *Med Cut ILA* 1976; 1: 1-6.
15. Castillo A, Maguiña C. Pénfigo Foliáceo variedad Fuego Salvaje en la Selva Peruana. *Bol Soc Per Med Int* 1993; 6: 65-7.
16. Galarza C, Ronceros G, Mendoza D, Sánchez G, Vilcarromero M, Ráez E, et al. Pénfigo Foliáceo Endémico en el departamento de Ucayali-Perú. Reporte de 16 casos. *An Fac Med Lima*. 2002; 63: 19-24.
17. De Amat F, Díaz J. Pénfigo foliáceo endémico en las comunidades de Vista Alegre y San Francisco (Ucayali, Perú) Octubre 2000-Septiembre 2001. Tesis Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2001.
18. Bastuji-Garin S, Souissi R, Blum L, Turki H, Nouira R, Jomaa B, et al. Comparative epidemiology of pemphigus in Tunisia and France. Incidence of foliaceus pemphigus in young tunisian women. *Ann Dermatol Vereneol* 1996; 123:337-42.
19. Bastuji-Garin S, Turki H, Mokhtar I, Nouira R, Fazaa B, Jomaa B, et al. Possible Relation of Tunisian Pemphigus with Traditional Cosmetics: A Multicenter Case-Control Study. *Am J Epidemiol* 2002; 155:249-56.
20. Kallel Sellami M, Ben Ayed M, Mouquet H, Drouot L, Zitouni M, Mokni M, et al. Anti-desmoglein 1 Antibodies in Tunisian healthy subjects: arguments for the role of environmental factors in the courrence of Tunisian pemphigus foliaceus. *Clin Exp Immunol* 2004; 137:195-200.

Calidad de vida, actividad y severidad de la psoriasis en pacientes de un policlínico de La Habana-Cuba. Enero-julio 2008.

Quality of life, activity and severity of psoriasis in patients from a policlinical of La Habana - Cuba. January - July 2008.

Doraiquis Acosta-Medina⁽¹⁾, Israel Alfonso-Trujillo⁽²⁾, María del Carmen Toledo-García⁽²⁾

RESUMEN

ANTECEDENTES: Determinar la relación entre la actividad y severidad de la psoriasis con la calidad de vida en pacientes de un policlínico de La Habana-Cuba.

MATERIAL Y MÉTODO: Se realizó un estudio descriptivo, prospectivo, en el que participaron 100 pacientes afectados de psoriasis en el Policlínico Docente: "Luís Li Tregent" de Güines, en el período comprendido de enero a julio del 2008. Se determinó el comportamiento de la severidad y actividad de la psoriasis; así como la calidad de vida. Se utilizaron dos instrumentos: uno específico para la psoriasis, el Índice de Actividad y Severidad de la Psoriasis (PASI) y otro no específico el Índice de Calidad de Vida Dermatológico (DLQI).

RESULTADOS: El 52% de los pacientes fue del sexo femenino. En el 58% de ellos el eritema, la infiltración y la descamación eran moderados y el 89 % tenía de 1-10 % de superficie afectada. La calidad de vida se afectó en el 79%; de ellos, el 58.2% pertenecían al sexo femenino. No se encontró relación estadísticamente significativa entre el grado de actividad y severidad de la psoriasis y la afectación de la calidad de vida.

CONCLUSIÓN: La severidad y actividad de la psoriasis fue leve en un alto porcentaje; sin embargo, más de la tercera parte de los pacientes presentó alteraciones en su calidad de vida.

PALABRAS CLAVES: Psoriasis, índice de severidad y área de la psoriasis, índice dermatológico de calidad de vida.

Dermatol Perú 2009;19(1): 44-47

ABSTRACT

OBJECTIVE: Knowing the relation between the Psoriasis Area and Severity (PASI) and Life Quality and the Dermatology Life Quality Index (DLQI) in those patients from one polyclinic of Havana-Cuba.

PATIENTS AND METHODS: A descriptive, prospective study was carried out in the Güines polyclinic. 100 adult patients at random with psoriasis were included in the time period comprised between January and July 2008. The objective was to know the relation between the Psoriasis Area and Severity (PASI)

1) Policlínico Docente: "Luís Li Tregent". Güines. La Habana-Cuba.

2) Hospital Clínico Quirúrgico Universitario: "Hermanos Ameijeiras". La Habana-Cuba.

Recibido: 12-IX-2008

Aceptado: 22-VIII-2009.

and Life Quality and the Dermatology Life Quality Index (DLQI) in those patients.

RESULTS. We find that 52% of the patients belonged together with the feminine sex, in the 58% of them the erythema, the infiltration and the desquamation were moderate and in the 89% of patients only 1-10% skin surface were affected, however the quality of life was affected in 79% of the patients being in 39% in a minimum way and 46% they belonged to the feminine sex.

CONCLUSIONS: We conclude that the severity and intensity of the psoriasis was slight in a high percentage, however, more than the third part of the patients it presented alterations in its quality of life.

KEY WORDS: Psoriasis, Psoriasis Area and Severity Index, Dermatology Life Quality Index.

INTRODUCCIÓN

El interés por la calidad de vida, ha existido desde tiempos inmemorables⁽¹⁾. La aparición del concepto como tal y la preocupación por la evaluación sistemática y científica del mismo es relativamente reciente. La idea comienza a generarse en la década de los 60 hasta convertirse hoy en un concepto utilizado en diferentes ámbitos como son la salud, la salud mental, la educación, la economía, la política y el mundo de los servicios en general⁽²⁾.

Los avances en la medicina han posibilitado prolongar, la vida, notablemente. Ello ha llevado a poner especial atención en un nuevo término: calidad de vida relacionada con la salud. Numerosos trabajos de investigación científica emplean hoy el concepto como un modo de referirse a la percepción que tiene el paciente de los efectos de una enfermedad determinada o la aplicación de ciertos tratamientos en diversos ámbitos de su vida, especialmente en las consecuencias que provoca sobre su bienestar físico, emocional y social.⁽³⁾

Existen múltiples instrumentos para la medición de la calidad de vida y se clasifican en genéricos y específicos, los primeros se emplean para comparar diferentes poblaciones y padecimientos mientras que los específicos se basan en los

caracteres específicos de un determinado padecimiento.^(3, 4)

Aunque la Dermatología no implica en la mayoría de sus entidades, un compromiso para la vida, el carácter crónico e incurable de muchas dermatosis, así como sus alteraciones visibles, determinan rechazos que producen un fuerte impacto en la calidad de vida de los pacientes dermatológicos.^(5, 6)

La psoriasis se define como una dermatosis crónica, caracterizada por placas eritematoescamosas bien definidas que se localizan principalmente en codos, rodillas, región sacra y piel cabelluda, puede afectar también, toda la superficie cutánea, incluyendo las uñas. Se desconoce la causa, pero parecen influir factores inmunitarios, genéticos, psicosomáticos, ambientales y bacteriológicos.⁽⁷⁾

Muchos estudios han documentado el impacto que tiene la psoriasis ya que puede asociarse a sentimientos dolorosos de incomodidad social y estigmatización, previsión de ser rechazados y en ocasiones interferencia en el trabajo, las relaciones y las actividades de la vida diaria. La depresión puede ser una cuestión importante en los pacientes con psoriasis.⁽⁸⁾

Teniendo en cuenta estos aspectos se realizó el presente trabajo con el fin de relacionar la intensidad y severidad de la psoriasis con la calidad de vida de los pacientes afectados.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó un estudio descriptivo, prospectivo, en el cual se incluyó 100 pacientes, mayores de 16 años que acudieron a consulta de dermatología, del Policlínico Universitario "Luis Li Trejent" en Güines, La Habana, Cuba, en el periodo comprendido de enero a Julio del 2008.

Criterios de inclusión:

Paciente con diagnóstico positivo de psoriasis vulgar en placas, mayores de 16 años.

Criterios de exclusión:

Pacientes con otras formas de Psoriasis, paciente con alteraciones mentales.

Técnica y método:

Para identificar la afectación por la psoriasis en estos pacientes se utilizaron dos instrumentos, uno específico para ella que es el Índice de Actividad y Severidad de la Psoriasis (PASI), y otro no específico el Índice de Calidad de Vida Dermatológico (DLQI) diseñado para mayores de 16 años.

La severidad de la psoriasis se consideró de la siguiente forma: leve cuando afectó entre 1-10 % de la superficie corporal, moderada cuando afectó entre 11-30 % de la superficie corporal y severa cuando afectó más del 30 % de la superficie corporal.

Los resultados se exponen en forma de tablas, después de realizarle análisis porcentuales a los mismos.

Análisis estadístico:

Los datos fueron introducidos de manera doble en base de datos Microsoft FoxPro Visual versión 5.0, para luego importarse a SPSS versión 11.0 para los análisis correspondientes. Las variables cuantitativas se expresaron como media \pm desviación estándar (DS) o mediana \pm rango intercuartílico (QR), junto a los valores mínimos y máximos. Con estas variables se realizó análisis de normalidad (prueba de Shapiro Wilk o prueba de Kolmogorov-Smirnov) y homogeneidad de varianza (prueba de Levene). Las variables cualitativas se expresaron como valores absolutos y porcentajes. El nivel de significación escogido fue 0.05.

Aspectos éticos:

A los pacientes se les informó en qué consistía el estudio, de la posibilidad de negarse a participar, así como la confiabilidad de los datos al mostrar los resultados, después de lo cual firmaron el consentimiento escrito para participar en el mismo. El estudio cumplió con los estatutos de la Declaración de Helsinki.

RESULTADOS

De los 100 pacientes con psoriasis vulgar en placa

incluidos en el estudio, se encontró que el 52 % correspondió al el sexo femenino mientras que el 48 % fue del sexo masculino. La edad promedio de los pacientes fue 46.7 años, el tiempo promedio de evolución de la enfermedad fue de 23.6 años y la evolución de la misma mostró que el 30% de los pacientes se encontraba en estadio progresivo, 20% en estadio estacionario y 50% en estadio regresivo.

El PASI promedio fue 6.35 unidades. La psoriasis fue leve en el 89% de los pacientes, moderada en el 11% de éstos y no hubo pacientes con afectación severa.

La calidad de vida se afectó en el 79% de los pacientes, la mayor frecuencia de forma mínima (Tabla 1). En relación a la afectación de la calidad de vida de acuerdo al sexo, se observó que el 58.2% de los pacientes afectados correspondió al sexo femenino, mientras que, el 41.8% correspondió al sexo masculino.

TABLA 1: Afectación de la calidad de vida en pacientes del Policlínico Docente: "LuísTregent" de Güines, La Habana-Cuba.

AFECTACION DE LA CALIDAD DE VIDA	FRECUENCIA	%
Muy severa	1	1.2
Severa	10	12.7
Moderada	29	36.7
Mínima	39	49.4
Total	79	100.0

Las pruebas estadísticas utilizadas (Shapiro Wilk y Kolmogorov-Smirnov) demostraron que no hubo relación directamente proporcional entre el grado de actividad y severidad de la psoriasis y la afectación de la calidad de vida. Hubo afectación en la calidad de vida en el 79% de los pacientes; a pesar de que la severidad de la psoriasis fue leve en el 89% de los mismos.

DISCUSIÓN

Se encontró un porcentaje similar, en cuanto al sexo de los pacientes incluidos en el estudio, tal como la plantea la literatura la psoriasis afecta por igual a ambos sexos en la edad adulta.⁽⁹⁾

El mayor número de pacientes tuvo poca superficie corporal afectada; el eritema, la infiltración y la descamación fueron de leves a moderadas, esto pudo estar en relación con la época del año en que se realizó el estudio ya que en el verano de países con climas calidos mejora la psoriasis.^(9,10)

La calidad de vida se afectó en el mayor número de pacientes, esto está en relación con el hecho de que la psoriasis es una enfermedad que afecta enormemente la estética de la piel, ataca la propia identidad del individuo, Ramsay observó que mas del 11% de sus pacientes con psoriasis presentaban fobias sociales y los enfermos se negaban a salir de sus casas⁽¹⁰⁾, mientras que Guinsburg observó que el 19 % de sus pacientes habían sufrido experiencias de rechazo claro y manifiesto.⁽⁸⁾

Por su parte en un cuestionario aplicado a 186 pacientes psoriaticos, se encontró que un 84 % identificó las dificultades para el establecimiento de contactos y relaciones sociales como lo peor que les ocurrir por tener psoriasis⁽¹¹⁾, otros estudios revelan resultados similares.⁽¹²⁾

En el presente estudio las mujeres son las que refirieron el mayor porcentaje de afectación en su calidad de vida por la psoriasis; lo cual coincide con otros estudios realizados⁽¹³⁾, ello puede deberse a la forma en que la sociedad hace que las mujeres sean conscientes de su atractivo físico desde edades tempranas con lo que se ven forzadas a abordar las expectativas de la familia y la sociedad.

Como se aprecia en los resultados, no existe relación directa entre el grado de actividad y

severidad de la psoriasis y la afectación de la calidad de vida, al igual que en la literatura revisada.⁽¹²⁾ Esto puede deberse a que es muy individual y subjetiva la repercusión psíquica de cada paciente.

La severidad y actividad de la psoriasis fue ligera en un alto porcentaje; sin embargo, más de la tercera parte de los pacientes presentó alteraciones en su calidad de vida, en su mayoría de forma mínima, y esto correspondió básicamente a las mujeres.

En conclusión, nuestro estudio no encontró relación directamente proporcional entre el índice de actividad y severidad de la psoriasis con el grado de afectación de la calidad de vida.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores no declaran conflictos de intereses.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. García RM, Pérez R, Landrobe O. Calidad de vida e indicadores de salud: Cuba, 2001-2002. Rev Cubana Hig Epidemiol [Revista en internet] 2004; 42(3). Disponible en: <http://bvs.sld.cu/revistas/ibi/ibm209/ibm030209.htm>.
2. García J. Apuntes sobre calidad de vida de vida: su carácter socioeconómico y su relación con la salud. Rev Cub Invest Biomed 2005; 24: 72-6
3. Montes M L. Calidad de vida. Rev Mex Med Fisica Rehab 2006;18:5-6.
4. García RM, García R, Pérez D, Bonet M. Sedentarismo y su relación con la calidad de vida relativa a la salud. Rev Cubana Hig Epidemiol [Revista en internet] 2007;45(1). Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/hie/vol45_1_07/hie03107.htm.
5. Williamson D, González M, Finlay AY. The effect of hair loss on quality of life. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2000;15:137-9.
6. Hutchings CV, Shum KW, Gawkrödger DJ. Occupational contact dermatitis has an appreciable impact on quality of life. Contact Dermatitis 2001;45:17-20.
7. Arenas R. Dermatología. Atlas. Diagnóstico y tratamiento. 2 ed. México, DF: McGraw-Hill, Interamericana, 1996: 415-9.
8. Ginsburg I. Aspectos Psicológicos y Psicofisiológicos de la Psoriasis en Clínicas Dermatológicas 1994;4:865-79.
9. Cortes M. Pitiriasis Rosada y Psoriasis. En: Colectivo de autores, eds. Dermatología. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2002:123-33.
10. Ramsay B, O'Reagan M. A survey of de social and psychological effects of psoriasis. Br J dermatol 1988;118:195.
11. Jobling R. Psoriasis. A preliminary questionnaire study suffers subjective experience. Clin Exp Dermatol 1976;1:233.
12. Lebowhl M, Tan MH. Psoriasis y estrés. Lancet 1998; 350:82.

CORRESPONDENCIA: Dr. Israel Alfonso-Trujillo.
Calzada de Managua #1133 e/ Caimán y Quemados. Las Guásimas.
Arroyo Naranjo. Ciudad de La Habana. Cuba. CP: 19320.
Correo electrónico: isralfonso@infomed.sld.cu

Manifestaciones cutáneas de la infección por el virus linfotrópico T humano (HTLV-I)

Cutaneous manifestation of Human T-Lymphotropic Virus (HTLV-I)

Florencio Cortez-Franco, Eberth Quijano-Gomero

INTRODUCCIÓN

El virus linfotrópico T humano tipo I (HTLV-I) es un retrovirus que ocasiona numerosos trastornos clínicos, incluso en pacientes que no reúnen criterios de mielopatía o linfoma. Los síntomas neurológicos, urológicos y las enfermedades de la piel y mucosa oral son algunas de las manifestaciones clínicas más frecuentes.

El HTLV-I es el primer retrovirus humano identificado asociado a malignidad¹. En 1980 Poiesz et al² en los Estados Unidos aislaron por primera vez este virus de células frescas de un linfoma T cutáneo, en 1985 Gessain encuentra anticuerpos para HTLV-I en pacientes con paraparesia espástica tropical (PET). El HTLV-I pertenece a la familia retroviridae basándose en la estructura de su genoma y la secuencia nucleotídica, género deltaretrovirus, subfamilia Oncovirinae por su patogenicidad^{3,4}. La partícula viral está formada por un nucleocápside icosaédrico que contiene el genoma viral formado por una cadena sencilla de ARN tipo C, la transcriptasa inversa viral permite la transcripción del ARN viral a ADN que se integra al genoma de la célula huésped (provirus).

Se le ha atribuido la capacidad de transformar e inmortalizar células in vitro por lo que se le considera el agente etiológico de la leucemia/linfoma de células T del adulto (LLTA)^{2,7,8}, de la paraparesia espástica tropical (PET) ó mielopatía

asociada a HTLV-I^{9,10} y de la dermatitis infecciosa. Sin embargo el espectro de enfermedades se ha ampliado incluyéndose patologías inflamatorias como: síndrome de Sjögren, uveitis e infecciones oportunistas como sarna noruega, infecciones masivas por *Strongyloides stercoralis* y susceptibilidad aumentada a tuberculosis.

EPIDEMIOLOGÍA

Un área es considerada endémica para HTLV-I si está infectada entre 2-10% de la población adulta sana. El virus tiene distribución mundial^{5,6,11} pero la prevalencia es muy elevada en algunas regiones de Japón, África; en Sudamérica algunas regiones de Brasil, Colombia y Perú cumplen con este criterio. Los aspectos epidemiológicos de la infección por este virus han sido revisados en los últimos 25 años; se estima que en el mundo hay 10-20 millones de personas infectadas.

La infección por HTLV-I es endémica en sur oeste de Japón (Okinawa, Kyushu)¹² con prevalencias que varían del 16 al 30%, en centro y sur de África la prevalencia es del 10%, mientras que en América central y El Caribe es del 14%.¹³ (Jamaica, Trinidad y Tobago, Barbados, Haití). También ha sido reportado en Costa Rica, Ecuador y otros países de América del sur¹⁴. En estados Unidos y Europa la seroprevalencia no supera el 1%.

En el Perú su llegada se relaciona con la presencia de esclavos negros y migrantes japoneses donde llega a una prevalencia 1-5%. En 1997 Fuentes

¹⁾ Servicio de Dermatología. Hospital Nacional Daniel A. Carrión. Callao-Perú.

Rivera realizaron un estudio en el que evaluaron a 142 583 donantes de sangre del programa nacional de hemoterapia y bancos de sangre encontrando 2 068 personas positivas para HTLV-I (1.45%). La infección es más prevalente en algunas regiones del Perú (Lima, Callao, Cuzco, Iquitos, Ayacucho, Apurímac) se estima que entre 0.9%- 2.5% de la población adulta sana es portadora de este virus¹⁴.

TRANSMISIÓN

La transmisión del HTLV-I se produce por diferentes vías¹⁵:

1. La vertical (madre-niño)¹⁶: la lactancia materna, la perinatal o intrauterina (transplacentaria), variando de 5.7-37.5% dependiendo de factores como la edad materna, carga viral y duración de la lactancia, 5% si reciben 3 meses y más de 20% si la lactancia materna es prolongada mayor de 6 meses, incluyéndose factores maternos de riesgo como ruptura prolongada de membranas en el trabajo de parto y nivel socioeconómico bajo.
2. Transmisión horizontal: por contacto sexual por lo que puede ser considerada como una infección de transmisión sexual, predominado de varón a mujer, varón a varón, de mujer a varón; la incidencia fluctúa de 1-1.6%. En el Perú la infección por HTLV-I en trabajadoras sexuales varía desde 25% en el Callao y 13.7% en Cuzco, 7% en Lima y 4.2% en Iquitos^{17,18}
3. Transmisión horizontal por sangre y hemoderivados¹⁹: Por sangre completa se estima en 50-60%, disminuyendo cuando es almacenada por más de una semana.

PATOGENIA

El HTLV-I es el retrovirus más antiguo en patología humana; es neurotrópico, por lo tanto el sistema nervioso como la piel son afectados por tener el mismo origen embriológico²⁰.

El virus infecta crónicamente a los linfocitos CD4(+) y los linfocitos CD8 (+)²¹ son reservorios; también infecta a células dendríticas sanguíneas y del

revestimiento sinovial de las articulaciones. Tiene genes estructurales (gag, pol, env) y genes reguladores (tax, rex long terminal repeat). El tax en las primeras fases de leucemogénesis interfiere con los mecanismos de reparación del ADN dando lugar a inestabilidad cromosómica, también inactiva negativamente al P53 (gen supresor tumoral) que influiría en el desarrollo del linfoma/leucemia de células T. La inflamación estaría dada a través de citoquinas como la IL-1a ó b, IL-2, IL-4, IL-10, IL-13, factor crecimiento plaquetario, interferón gamma y factor de necrosis tumoral entre otros.

Se ha propuesto que la vía de infección y el tamaño del inóculo determinarían la afección de las poblaciones celulares; de este modo, la respuesta inmune y la constitución genética del huésped serían importantes en la expresión de enfermedades asociadas a este virus. Se considera que la infección por HTLV-I se adquiere en las primeras semanas de vida con el calostro y la leche materna apareciendo la mielopatía a los 40 años de edad, por lo tanto el período de incubación es de varias décadas; si fuera por transfusión sanguínea hay una carga viral más alta, el tiempo de incubación se reduce a pocas semanas ó meses.

PRESENTACIÓN CLÍNICA

La mayoría de infectados permanece asintomático el resto de su vida y menos del 5% desarrollara enfermedad clínica. Las clasificaciones más importantes son las de Rueda y Blanck en 1996 y la de La Grange en el 2000 (cuadro 1).^{12,22}

LEUCEMIA/LINFOMA DE CÉLULAS T DEL ADULTO (LLTA)^{7,8}

Descrita por primera vez por Uchiyama²³ en 1977 en Japón. En Latinoamérica fue reconocida por Pombo^{24,25} en Brasil, Blank en Colombia, Giossefi en Argentina²⁶ y Muchnik en Uruguay. En el Perú²⁷ en el Instituto Nacional de enfermedades Neoplásicas (INEN) se detectan anualmente cerca de 300 nuevos casos de linfoma No Hodgkin y aproximadamente 10% de ellos están asociados a infección por HTLV-I.

La LLTA es considerada como un proceso maligno de linfocitos T maduros con fenotipo CD4, CD25 y en forma ocasional CD8 con alto grado de malignidad, es una forma de leucemia de curso agudo con pobre respuesta a quimioterapia; también se ha descrito casos menos agresivos con curso crónico y latente y una forma linfomatosa sin expresión leucémica con manifestaciones cutáneas más extensas. El 70-90% tienen anticuerpos contra el virus el cual puede ser aislado de sangre o líquido cefalorraquídeo. El 2-4% de los pacientes infectados desarrollarán la enfermedad con un periodo de latencia de cerca de 30 años desde la infección, la edad de

presentación está entre los 50 y 60 años con un mayor riesgo en varones que en mujeres. No se ha descrito casos después de transfusión de sangre. Las características clínicas (figuras 1,2 y 3) son las siguientes:

- Linfoma Non-Hodgkin
- Linfadenopatía
- lesiones de piel 40-50%: maculas, placas, nódulos, ulceraciones
- Hepatoesplenomegalia
- Lesiones líticas de huesos
- Células pleomorfas en sangre
- Hipercalcemia

CUADRO 1: Clasificación de acuerdo a criterios clínicos y de laboratorio de la leucemia/linfoma a células T del adulto.

FASE	CARACTERÍSTICA
LEUCEMIA AGUDA	De curso agresivo con presencia de células pleomórficas de estirpe T madura, con hipercalcemia, organomegalia y lesiones cutáneas. Representa el 60% de casos.
LINFOMA	De curso agresivo pero sin evidencia de cuadro leucémico (20% de los casos de ATLL).
CRÓNICA	Caracterizada por lesiones cutáneas y linfocitosis T. Suele mantenerse estable durante meses o años. Esta forma clínica constituye el 15% de casos.
LATENTE (SMOLDERING)	Permanece asintomática o con algunas manifestaciones cutáneas y/o pulmonares. Presenta una frecuencia de linfocitos anormales menor del 5% y representa el 5% de los casos.



FIGURA 1: Pápulas, nódulos y placas en tórax anterior de paciente con linfoma cutáneo a células T.



FIGURA 2: Pápulas, nódulos y placas en espalda del mismo paciente.



FIGURA 3: Lesión ulcerativa en muslo izquierdo.

DERMATITIS INFECTIVA (DI)

Descrita por primera vez por Sweet²⁸ en 1966 en niños de Jamaica. Fue denominada como DI por Walshe²⁹ en 1967 por la presentación de lesiones eccematosas húmedas en áreas intertriginosas, con colonización estafilocócica y pobre respuesta a los antibióticos. En 1990 La Grenade^{30,31}, describió la asociación definitiva entre HTLV-I y DI en 14 niños Jamaíquinos estableciendo criterios mayores y menores hasta ahora utilizados para su diagnóstico (cuadro 2).

ta el año 2001 un caso de DI en un adulto de 41 años³² y en el 2002 Aquije y Ballona describen DI asociada al HTLV-I en 14 niños del Instituto Nacional de Salud del Niño en Lima.³³

La DI es clásicamente descrita en niños (figuras 4 y 5) entre 2 y 3 años y ocasionalmente es descrita en adultos (figura 6), el 60% de los casos son de sexo femenino. Es una manifestación temprana de infección por HTLV-I³⁴ en niños cuya forma de transmisión más importante es la vertical a través de la lactancia materna cuando se prolonga más

CUADRO 2: Criterios diagnósticos mayores y menores de DI.

CRITERIOS MAYORES	<ol style="list-style-type: none"> 1. Eczema del cuero cabelludo, axilas, ingle, oído externo, margen de párpados, área retroauricular, piel paranasal y cuello. 2. Descarga nasal acuosa crónica sin otros signos de rinitis y/o descamación de las narinas. 3. Dermatitis crónica recidivante con pronta respuesta a la terapia antibiótica, pero con rápida recurrencia al abandono de la misma. 4. Inicio usual en la infancia temprana. 5. Seropositividad para HTLV – I.
CRITERIOS MENORES	<ol style="list-style-type: none"> 1. Cultivos positivos para <i>Staphylococcus aureus</i> y/o <i>Streptococcus</i> β hemolítico de piel o narinas. 2. Erupción papular fina generalizada (En la mayoría de casos severos). 3. Linfadenopatía generalizada con linfadenitis dermatopática. 4. Anemia. 5. Velocidad de eritrosedimentación elevada. 6. Hiperinmunoglobulinemia (IgD e IgE). 7. Recuento elevado de linfocitos CD 4, CD 8 y CD4/CD 8.
OBSERVACIONES	<p>Se requiere para el diagnóstico cuatro criterios mayores con inclusión mandatoria de 1,2 y 5. Para el criterio 1 por lo menos dos regiones deben ser afectadas.</p>

En el Perú, Ramos realizó un estudio entre enero 2002 y junio 2006 con la finalidad de determinar las manifestaciones cutáneas de la infección por HTLV-I en el Hospital Nacional Dos de Mayo; se presentaron 22 casos de infección por este virus, de los cuales la mayor frecuencia correspondió a dermatitis infectiva (81.9%) observándose casos tanto en niños como en adultos³¹. Salomón repor-

de 6 meses, con riesgo de transmisión de 18-39%; la morbilidad está dada por infecciones bacterianas y parasitarias, anemia severa, linfocitosis. Aquije y Ballona³³ reportaron 11 casos en los que la madre tuvo serología positiva para HTLV-I y 7 de ellos tuvieron antecedente de lactancia materna exclusiva. Puell³⁵ reportó las características clínicas y epidemiológicas de casos DI en dos hospitales de

Lima (2000-2002) observándose que de 92 niños, el 35.8% fueron positivos para HTLV-I de los cuales 19 eran varones y 14 mujeres, el promedio de edad fue de 7 años, el 97% de ellos recibieron lactancia materna por más de 6 meses y 96% de las madres fueron HTLV-I positivas. Factores de riesgo para DI son las bajas condiciones socioeconómicas y en miembros de familia infectadas se encontró asociación con alelos HLA DRB1 y DQB1. Se desconoce la proporción de casos que evolucionan a LLTA y PET.

SARNA NORUEGA, COSTROSA O HIPERQUERATOSICA^{15, 16,36}

Es una infestación masiva de la piel por *Sarcoptes scabiei* variedad *hominis* evidenciándose hiperqueratosis en áreas de presión como codos, rodillas, plantas, palmas, nalgas, en áreas interdigitales, subungueales ó en forma diseminada desde cuero cabelludo (Figuras 7 y 8) encontrándose numerosos huevos y formas adultas de *Sarcoptes scabiei* (Figura 10). Puede ser asintomática o presentar prurito leve a diferencia de la acarosis común.



FIGURA 4: Lesiones exudativas en área retroauricular de niña con DI.



FIGURA 5: Lesión exudativa impetiginizada en axila de niña con DI.



FIGURA 6: DI en mujer adulta.



FIGURA 8:
Lesiones tipo
cuerno
cutáneo

FIGURA 7: Lesiones
en placa de paciente
con sarna noruega.

Fue descrita por primera vez en Noruega en 1848 por Danielssen y Boeck quienes reportaron casos en pacientes con lepra lepromatosa, posteriormente ha sido descrita asociada a enfermedades inmunosupresoras o al uso de medicamentos inmunosupresores. La asociación con HTLV-I ha sido bien documentada^{36,37,38,39,40}.

La infestación está directamente relacionada al huésped y no al parásito, con alto grado de contagiosidad a partir de solo un caso incluso nosocomial al personal de salud. La presencia del acaro produce una respuesta TH2 que activa a los linfocitos B los cuales producen anticuerpos específicos; esto activa a los eosinófilos y aumenta la producción de IL-4 e IL-10 que inducirían proliferación de mastocitos y liberación de aminas vasoactivas. Estos mecanismos que usualmente causarían el prurito en pacientes inmunocompetentes con escabiosis común fallan en los inmunodeprimidos o aquellos con infección por HTLV-I lo que explicaría la escasez de sintomatología y la replicación masiva del parásito.

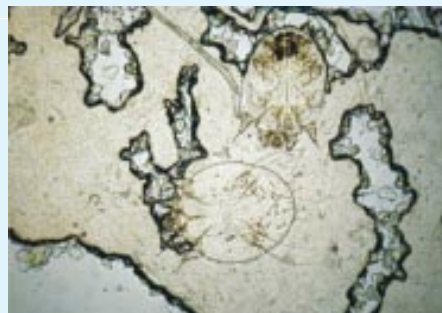


FIGURA 9: Sarcoptes scabiei: parásitos
adultos.

Del Giudice³⁶ estudiaron una serie de 6 pacientes con sarna noruega seropositivos para HTLV-I, cuatro de ellos desarrollaron LLTA en el momento del diagnóstico o pocos meses después lo que sugiere que es un marcador de inmunosupresión relacionado a LLTA.

OTRAS ENFERMEDADES CUTÁNEAS RELACIONADAS AL HTLV-I

Maloney reporta en el año 2003 los resultados de un estudio de cohortes en el que incluyeron 28 niños infectados por HTLV-I y 280 niños controles

encontrando una alta incidencia de dermatitis seborreica en los niños infectados por HTLV – I con un riesgo relativo de 3.1 (IC 95%: 1.9 – 12.5). La conclusión de este estudio es que en las enfermedades de la infancia asociadas a infección por HTLV-I podría incluirse a la dermatitis seborreica aunque no constituiría un marcador específico⁴¹. Aunque no son parámetros absolutos para su diagnóstico, en casos refractarios a tratamiento ó curso tórpido hay que considerar una posible asociación.

Quijano⁴² en un trabajo de 2 años (1997-1999) evaluó 41 pacientes infectados por HTLV-I encontrando eczema numular, liquen simple crónico y liquen plano hiperpigmentado. Comparativamente Goncalvez⁴³ en Minas Gerais, Brasil, encontró mayor prevalencia de dermatofitosis en 128 infectados por HTLV- I (34.4%) que en 108 no infectados (14.8%) y Lenzi⁴⁴ encontró en 60 pacientes con HTLV- I y mielopatía asociada mayor prevalencia de xerosis (81.6%) que en 38 personas del grupo control (36.8%).

Las enfermedades cutáneas que se presentan en la persona infectada con el HTLV- I, han sido clasificadas por Rueda y Blanck en 1996, La Grenade en el 2000 y Nobre ⁴⁵ en el 2004 y tienen como denominador común el diferenciar aquellas enfermedades de la piel causadas directamente por la infección celular del virus HTLV- I como LLTA y aquellas causadas por otros mecanismos como inmunosupresión, producción de citoquinas o alteraciones neurológicas. En los portadores asintomáticos se puede encontrar xerosis, ictiosis, dermatitis seborreica, vitíligo, escabiosis, dermatofitosis y en nuestra experiencia han motivado la sospecha de infección por HTLV- I en la consulta dermatológica 2 circunstancias: 1) severidad y 2) procedencia de zona endémica.

DIAGNÓSTICO

Para el diagnóstico de infección por HTLV-I se solicita:

1.- Detección de anticuerpos específicos por ELISA ó aglutinaciones.

2.- Prueba confirmatoria por Western Blot reacción en cadena de la polimerasa.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

En vista de que el virus puede expresar diversas manifestaciones clínicas, los diagnósticos a considerar son relacionadas a cada entidad.

En el LLTA depende del tipo de lesión dermatológica que varía desde eritematoescamosa hasta tumoral descartando los diferentes tipos de linfomas a células predominantemente T y algunos casos del B. La DI plantea diagnósticos de eccemas agudos como dermatitis seborreica, dermatitis atópica o psoriasis. Para la sarna noruega deben plantearse posibilidades como psoriasis, hiperqueratosis palmoplantar y verrugas subungueales.

TRATAMIENTO

No existe tratamiento específico contra el virus, los esquemas de antirretrovirales usados como AZT no han sido lo suficientemente efectivos en HTLV- I ó son bastantes desalentadores. Cada entidad clínica de presentación tiene un manejo especial.

En el LLTA va depender del estadiaje que se establezca y seguirán las pautas de tratamiento de linfomas a células T desde terapia tópica a sistémica. En la DI se realiza el manejo del cuadro exudativo que incluye corticoides tópicos y antibióticos antiestafilococos.

PREVENCIÓN

La mejor medida a realizar es la preventiva orientada a eliminar los factores de contagiosidad como el tamizaje de los bancos de sangre, evitar la lactancia materna en madres infectadas y uso de preservativos en las relaciones sexuales. No existe vacuna específica. La educación sobre la forma de transmisión del virus, la detección serológica precoz, la cesárea electiva en pacientes seropositivos y la supresión de la lactancia materna son intervenciones que han mostrado efectividad en la reducción del número de casos.

PRONÓSTICO

El pronóstico y la calidad de vida de los pacientes con LLTA y la paraparesia espástica tropical es pobre. El riesgo asociado a la infección por HTLV-I para desarrollar LLTA oscila entre 2.9-25% siendo mayor en casos con títulos elevados de anticuerpos anti HTLV-I con altos niveles de receptor soluble de IL-2 y bajos niveles de anticuerpos anti TAX; los títulos altos de anticuerpos se correlacionan con la probabilidad de desarrollar alguna patología. En el LLTA la expectativa de vida es 6-12 meses después del diagnóstico.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Mann A, Hisada M, La Grenade L. Human T-lymphotropic virus type I infection. *Lancet* 1999; 353:1951-8.
- Poiesz BJ, Ruscetti FW, Gazdar AF, Bunn PA, Minna JD, Gallo RC. Detection and isolation of type-C retrovirus particles from fresh and cultured lymphocytes of a patient with cutaneous T-cell lymphoma. *Proc Natl Acad Sci USA* 1980;77:7415-9.
- Cann AJ, Chen ISY. Human T-cell leukemia virus types I and II. In: Fields BN, Knipe DM, Howley PM, eds. *Fields virology*, 3rd edn. Philadelphia: Lippincott-Raven, 1996.
- Vásquez P. HTLV - I (Human T-lymphotropic virus), algo que decir? *Rev Chil Infect* 2003; 20 (Suppl 1):S34-7.
- Madeleine MM, Wiktor SZ, Goedert JJ, Manns A, Levine PH, Biggar R, et al. HTLV-I and HTLV-II world-wide distribution: reanalysis of 4,832 immunoblot results. *Int J Cancer* 1993;54:255-60.
- Gotuzzo E, Arango C, De Queiros-Campos Abelardo, Isturiz R. Emerging and no remerging, diseases in Latin America: Human T-Cell Lymphotropic virus I in Latin America. *Infect Dis Clin North Am* 2000; 14:211-39.
- Poiesz BJ, Ruscetti FW, Reitz MS, Kalyanaraman VS, Gallo RC. Isolation of a new type C retrovirus (HTLV) in primary uncultured cells of a patient with Sézary T-cell leukemia. *Nature* 1981;294:268-71.
- Hinuma Y, Nagata K, Hanaoka M, Nakai M, Matsumoto T, Kinoshita KI. Adult T-cell leukemia: antigen in an adult T-cell leukemia cell line and detection of antibodies to the antigen in human sera. *Proc Natl Acad Sci USA* 1981;78:6476-8 .
- Zaninovic V, Arango C, Biojo R. Tropical Spastic Paraparesis in Colombia. *Ann Neurol* 1988;23 (Suppl):S127-32.
- Gessain A, Barin F, Vernant JC, Gout O, Maurs L, Calender A, et al. Antibodies to human Tlymphotropic virus type-I in patients with tropical spastic paraparesis. *Lancet* 1985;2:407-10.
- Khabbaz RF, Hartley TM, Oberle MW. Seroprevalence of Human T-Lymphotropic Virus Type I (HTLV-I) in Costa Rica. *AIDS Res Human Retrov* 1990;6:959-60.
- Manns A, Blattner W. The epidemiology of the human T-Cell lymphotropic virus type I and type II: etiological role in human disease. *Transfusion* 1991;3:67-74.
- Carneiro-Proietti AB, Catalan-Soares B, Proietti FA and GIPH (Interdisciplinary HTLV-I/II Research Group). Human T Cell Lymphotropic Viruses (HTLV-I/II) in South America: should it be a public health concern?. *J Biomed Sci* 2002;9:587-95.
- Sanchez-Palacios C, Gotuzzo E, Vandamme AM, Maldonado Y. Seroprevalence and risk factors for human T-cell lymphotropic virus (HTLV-I) infection among ethnically and geographically diverse Peruvian women. *Int J Infect Dis* 2003;7:132-7.
- Veda K, Kusuhara K, Tokugawa K. Transmission of HTLV-I. *Lancet* 1988;1:1163-4.
- Hino S, Yamaguchi K, Katamine S, Sugiyama H, Amagasaki T, Kinoshita K, et al. Mother-to-child transmission of human t-cell leukemia virus type-I. *Jpn J Cancer Res* 1985;76:474-80.
- Gotuzzo E, Escamilla J, Phillips I, Sanchez J, Wignall S, Antigonis J. The impact of human T lymphotropic virus type I/II infection on the prognosis of sexually acquired cases of acquired immunodeficiency syndrome. *Arch Intern Med* 1992;152:1429-32.
- Zurita S, Costa C, Watts D, Indacochea S, Campos P, Sanchez J, et al. Prevalence of Human retroviral infection in Quillabamba and Cuzco, Peru: a new endemic area for human T cell lymphotropic virus type 1 *Am J Trop Med Hyg* 1997;56:561-565.
- Manns A, Wilks RJ, Murphy EL, Haynes G, Figueroa JP, Barnett M, et al. A prospective study of transmission by transfusion of HTLV-I and risk factors associated with seroconversion. *Int J Cancer* 1992;51:886-91.
- Yoshida M. Multiple viral strategies of HTLV-I for dysregulation of cell growth control. *Annu Rev Immunol* 2001;19:475-96.
- Yi M, Brennan MB, Sakai JA, Mora CA, Jacobson S. CD8(+) T cells are an in vivo reservoir for human T-cell lymphotropic virus type I. *Blood* 2001; 98:1858-61.
- La Grenade L, Manns A, Fletcher V, Derm D, Carberry C, Hanchard B. Clinical, pathologic, and immunologic features of human T-lymphotropic virus type I-associated infective dermatitis in children. *Arch Dermatol* 1998; 134: 439-44.
- Uchiyama T, Yodoi J, Sagawa K, Takatsuki K, Uchino H. Adult T-cell leukemia: clinical and hematologic features of 16 cases. *Blood* 1977;50:481-92.
- Pombo De Oliveira MS, Matutes E, Famadas LC, Schulz TF, Calabro ML, Nucci M, et al. Adult T-cell leukaemia/lymphoma in Brazil and its relation to HTLV-I. *Lancet* 1990;336:987-90.
- Valle AC, Galhardo MC, Leite CC, Araujo AQ, Cuzzi-Maya T, Maceira JP, et al. Adult T-cell Leukemia/Lymphoma associated with HTLV-I infection in a brazilian adolescent. *Rev Inst Med trop S Paulo* 2001;43:283-6.
- Gioeffi ON, Nucifora E, Fantl D, Dufour C, milone J, Di P. Leucemia-linfoma T del adulto HTLV-I positiva en Argentina. *Sangre (Barcelona)* 1995;40:421-4.
- Gotuzzo E, Verdonck K, Gonzáles E, Cabada M. Virus Linfotrópico Humano de Células Tipo 1 (HTLV-1): una Infección endémica en el Perú. *Rev Peru Med Exp Salud Publica* 2004;21:253-60.

28. Sweet RD. A pattern of eczema in Jamaica. *Br J Dermatol* 1966;78 :93-100.
29. Walshe MM. Infective dermatitis in Jamaican children. *Br J Dermatol* 1967;79:229-36.
30. La Grenade L, Hanchard B, Fletcher V, Cranston B, Blattner W. Infective dermatitis of Jamaican children: a marker for HTLV-I infection. *Lancet* 1990;336:1345-7.
31. Ramos W, Galarza C, Chávez de Paz P, Bobbio L, Gonzáles D, Gutierrez E, et al. Manifestaciones cutáneas de la infección por HTLV-I, en el Hospital Nacional Dos de Mayo. *Ana Fac Med (Lima)* 2006; 67 (Supl 1): S58.
32. Salomón S, Maquera L, Del solar M, Bravo F. Dermatitis infectiva asociada a HTLV-I en adultos. *Fol Dermatol Per* 2001;12:41-3.
33. Aquije M, Ballona R. Dermatitis infectiva asociada a HTLV-I en el Servicio de Dermatología del Instituto de Salud del Niño. *Fol Dermatol Per* 2002;13:27-31.
34. La Grenade L, Schwartz RA, Janniger CK. Childhood Dermatitis in the tropics: with special emphasis on infective dermatitis, a marker for infection with Human T-cell Leukemia Virus I. *Cutis* 1996;58:115-8.
35. Puell L, Ballona R, Cáceres H, Bravo F, Del Solar M, Castro R, et al. Características clínicas y epidemiológicas de la dermatitis infectiva infantil en dos hospitales peruanos, período 2000-2002. *Dermatol Pediatr Lat* 2004; 2: 109-16.
36. Del Giudice P. HTLV-I and scabies. *J Am Acad Dermatol* 1997;36:134-5.
37. Blasco M, Bravo F, Castillo W, Cairampoma R, Cabrera E, Gotuzzo E. Sarna noruega y paraparesia espástica tropical en pacientes infectados con HTLV-1. Reporte de 3 casos y discusión de la literatura. *Rev Soc Per Med Inter* 2003;16:25-8.
38. Escate M, Paredes G, Villanueva M. Sarna Noruega. Libro de resúmenes del XVII Congreso bolivariano de Dermatología, IX Congreso Peruano de Dermatología, I Congreso Latinoamericano de Fotobiología. *Dermatol Per* 2002. Pag 39.
39. Garzón E, Parra S. Sarna Noruega. Libro de resúmenes del XVII Congreso Bolivariano de Dermatología, IX Congreso Peruano de Dermatología, I Congreso Latinoamericano de Fotobiología. *Dermatol Per* 2002. Pag 39.
40. Rengifo-Pinedo L, Cortez-Franco F, Quijano-Gomero E, Ontón-Reynaga J, Betanzos-Huatta A. Sarna noruega con linfoma cutáneo en paciente HTLV-1 positivo. *Dermatol Peru* 2007;17:48-51.
41. Maloney EM, Wiktor SZ, Palmer P, Cranston B, Pate EJ, Cohn S, et al. A cohort study of health effects of Human T-cell Lymphotropic Virus type I infection in Jamaican children. *Pediatrics* 2003;112:136-42.
42. Quijano E, Montano S, Reyes N, Suárez V, Calcin F, Zun TJ, et al. Manifestaciones cutáneas crónicas en pacientes infectados por HTLV-I con y sin mielopatía asociada. *Dermatol Per* 2000; 10 (Supl 1):39-43.
43. Gonçalves D, Martins A guedes, Proietti A, Martins M, Proietti F, Lambertucci J, dermatologic lesions in asymptomatic blood donors seropositive for human t cell lymphotropic virus type-1 *Am J Trop Med Hyg* 2003; 68:562-5.
44. Maria E. R. Lenzi,¹ Tullia Cuzzi-Maya,¹ Andre´ L. A. Oliveira,¹ Maria J. Andrada-Serpa,^{1,2} and Abelardo Q.-C. Arau´ jo¹ Dermatological Findings of Human T Lymphotropic Virus Type 1 (HTLV-I)-Associated Myelopathy/Tropical Spastic Paraparesis *Clinical Infectious Diseases* 2003; 36:507-13
45. Nobre V, Guedes AC, Proietti FA, Stancioli C, Martins MJ, Serufo JC, et al. Dermatologic lesions in patients infected with the human T-cell lymphotropic virus type 1 (HTLV-1). *Rev Soc Bras Med Trop* 2005; 38:43-52.

Larva migrans cutánea simulando herpes zoster.

Cutaneous larva migrans simulating herpes zoster

Carlos Galarza^(1,2), Willy Ramos^(1,3), Patricia Guere⁽²⁾, Ericson L. Gutierrez⁽¹⁾, Mercedes Tello⁽¹⁾.

RESUMEN

La larva migrans cutánea es una parasitosis frecuente en zonas tropicales producida por la penetración y migración a través de la piel de larvas de nemátodos. Presentamos el caso de un varón adulto con larva migrans cutánea simulando herpes zoster sin antecedente epidemiológico de viaje a áreas endémicas que recibió tratamiento con ivermectina y albendazol con cura completa a los 30 días de tratamiento.

PALABRAS CLAVE: Larva migrans, ivermectina, albendazol.

Dermatol Perú 2009;19(1): 58-61

ABSTRACT

The cutaneous larva migrans is a frequent parasitoses in tropical areas, due to the penetration and migration, of nematode larvae that cross the skin. We present the case of a male adult with cutaneous larva migrans simulating herpes zoster without any epidemiological past history of trips to endemic areas that receive treatment with ivermectin and albendazole with a complete cure after 30 days of treatment.

KEY WORDS: Larva migrans, ivermectin, albendazole.

INTRODUCCIÓN

La larva migrans cutánea es una dermatitis producida por la penetración y migración a través

de la piel de larvas filariformes de nemátodos, cuyo huésped habitual no es el hombre, sino los animales domésticos. El parásito más comúnmente implicado es el *Ancylostoma* (especies *braziliensis*, *caninum*, *duodenale*, *ceyloanicum*) el cual vive en el intestino de perros y gatos. Otros nemátodos que pueden producir cuadros clínicos similares son el *Gnathostoma spinigerum* (uncinaria del cerdo y gato), *Bunostomum phlebotomum* (uncinaria de bovinos), *Necator americanus*, *Strongyloides stercoralis* (larva currens), *Strongyloides myopotami*, *Strongyloides procyonis*, *Dracunculus medinensis* adulto, *Dirofilaria conjunctivae*, *Capillaria* sp y *Fasciola* hepática. De los huevos del parásito eliminados por las heces surgen larvas que penetran en un nuevo animal y completan así su ciclo vital. Cuando la larva penetra en la piel del hombre, es incapaz de alcanzar el intestino y madurar al estado adulto, por lo que permanece en la capa basal de la epidermis en las proximidades de su puerta de entrada. En su migración, la larva se desplaza

1. Instituto de Investigaciones Clínicas. Universidad Nacional Mayor de San Marcos.
2. Servicio de Dermatología. Hospital Nacional Dos de Mayo.
3. Dirección General de Epidemiología. Ministerio de Salud del Perú.

Recibido: 26-II-2009

Aceptado: 14-III-2009.

diariamente desde unos pocos milímetros hasta 1-2 cm, describe un sendero fácilmente reconocible y se autolimita en un plazo de semanas a meses.⁽¹⁻³⁾

En los últimos años la prevalencia de enfermedades exóticas importadas de tipo parasitario como la larva migrans han aumentando considerablemente en los países europeos y en los Estados Unidos debido al turismo y a los movimientos migratorios. A nivel mundial se han descrito mayor número de casos en las Costas del Mediterráneo, Australia, Caribe, África, Asia (Corea), India, Sudamérica (Brasil, Bolivia, Perú, Chile) y en Estados Unidos^(1,4-6). Una investigación realizada en 165 viajeros atendidos en un hospital de París⁽⁴⁾ mostró que la larva migrans fue la octava dermatosis más frecuente captándose 8 casos entre noviembre 2002 y Mayo 2003, asimismo, constituyó la cuarta enfermedad parasitaria más frecuente siendo solamente superada por acarosis, miasis y filariasis. Otro estudio realizado en departamentos de Dermatología de tres hospitales de Italia⁽⁷⁾ revelaron que durante los años 1987-2001 la parasitosis más importante importada por viajeros de ese país fue la larva migrans (78 casos de 111 parasitosis) seguida por tunguiasis y miasis folicular. De acuerdo a estos reportes, ante un diagnóstico presuntivo de larva migrans se busca el antecedente epidemiológico de viaje a zonas

tropicales, la ausencia de este antecedente aleja notablemente la posibilidad⁽¹⁻⁷⁾.

En nuestro país existen un reporte previo en pacientes procedentes de zonas urbanas lo cual ha sido descrito con poca frecuencia⁽²⁾. Presentamos el siguiente caso clínico por corresponder a un paciente natural de Lima sin antecedente de viajes a zonas endémicas.

REPORTE DE CASO

Varón de 22 años, natural de Lima, estudiante universitario. Acude con tiempo de enfermedad de 5 días que se inicia con presencia de vesículas que alterna con máculas equimóticas dolorosas localizadas en la escápula izquierda por lo que fue tratado como herpes zoster. Niega viajes fuera de Lima.

Al examen clínico presenta lesión pápulo eritematosa que sigue un trayecto serpinginoso (Figura 1) la cual se inicia en línea axilar posterior y termina en la región interescapular, intensamente pruriginosa. El paciente se encontraba en buen estado general y no tenía antecedentes de enfermedades crónicas ni genéticas.

Se realizó examen parasitológico seriado en heces el cual fue negativo, el hemograma completo se encontraba dentro de límites



FIGURA 1: Trayecto serpinginoso de larva migrans acompañado de máculas equimóticas.

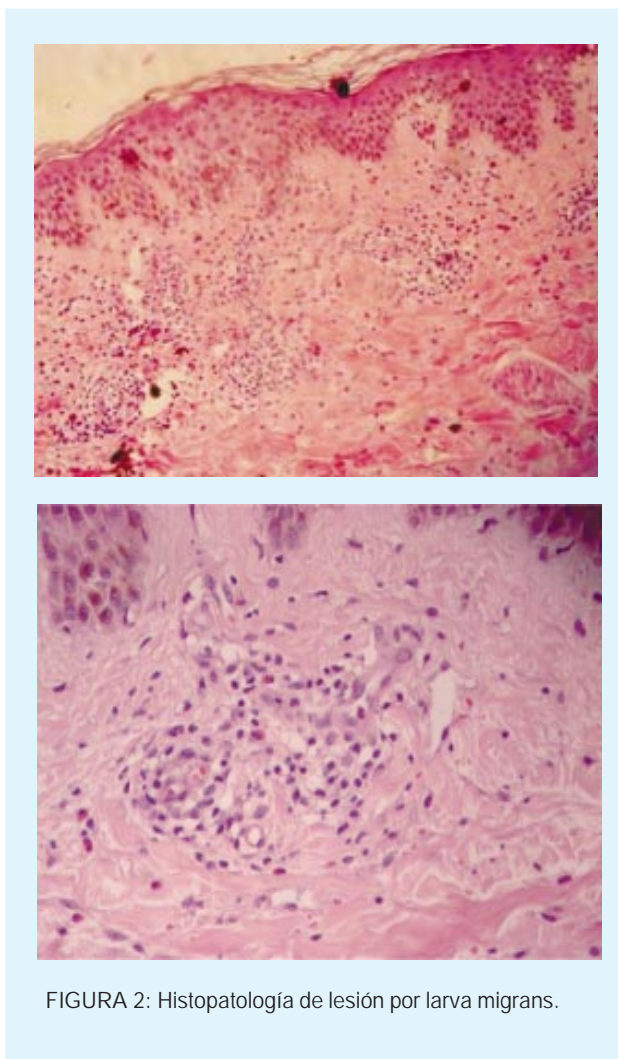


FIGURA 2: Histopatología de lesión por larva migrans.

observándose ausencia de eosinofilia. La histopatología de la biopsia de piel mostró en la epidermis acantosis con papilomatosis y en la dermis intenso infiltrado mixto con presencia de eosinófilos (Figura 2). La radiografía de tórax no mostró alteraciones significativas.

Se indicó tratamiento con ivermectina 75 gotas (1 gota/Kg de peso) de dosis semanal en dos oportunidades más albendazol 800 mg/d durante 7 días, luego 400 mg por 21 días. El paciente presentó evolución favorable con mejoría a los 20 días de tratamiento y cura completa a los 30 días.

DISCUSIÓN

La larva migrans cutánea es una enfermedad que

se presenta en países tropicales, de clima cálidos y húmedos⁽³⁾. El presente caso clínico corresponde a una presentación atípica por no existir antecedente epidemiológico de viaje a una zona con estas características y haberse mantenido en la ciudad de Lima. De este modo, no debe descartarse el diagnóstico debido a la ausencia de viaje⁽²⁾.

Las lesiones usualmente se presentan en plantas, espalda, nalgas, rodillas y muslos; las lesiones en la espalda de nuestro paciente permiten inferir que para que haya adquirido la enfermedad haya estado recostado en suelo o arena probablemente de una playa de Lima, jardín o parque lo cual es posible aunque poco frecuente⁽²⁾. El paciente no presentaba sintomatología respiratoria baja, la radiografía de tórax no evidenció lesiones significativas y el hemograma no mostró eosinofilia con lo que se descartó la presencia de síndrome de Loeffler.

Su diagnóstico es fundamentalmente clínico y epidemiológico, el hallazgo típico de consultorio es el trayecto (túnel) serpinginoso indurado que hace relieve, único o múltiple, causado por la migración larvaria. La biopsia de piel, necesaria para identificar la especie del parásito involucrado con cierta frecuencia es negativa debido a que la larva se encuentra un poco más allá de la lesión visible. La coloración de PAS es útil para colorear los mucopolisacáridos de la membrana de la larva, pues en algunas ocasiones ésta es difícil de identificar con la coloración de rutina (hematoxilina-eosina). Se observa una epidermis con acantosis, focos de espongirosis y fisura epidérmica o dermoepidérmica; la dermis puede presentar vasodilatación e intensos infiltrados inflamatorios con predominio de eosinófilos en dermis superficial y media.^(6,8)

El diagnóstico diferencial debe hacerse con entidades como el eritema crónico migratorio, enfermedad de Lyme, miasis y larva currens así como con entidades más comunes como la dermatitis de contacto, pioderma y urticaria facticia. Para el caso de nuestro paciente la enfermedad se inició con vesículas lo que simuló un herpes

zoster lo cual concuerda con lo descrito por Escalante y Rosas así como con reportes internacionales en los que se observa con cierta frecuencia la asociación de lesiones tipo vesícula o ampolla sobre los trayectos serpeginosos.^(3,6,9-14)

Aunque normalmente la larva desaparece por sí sola en uno a seis meses, el intenso prurito y la sensación desagradable que tiene el paciente de la larva arrastrándose a través de la piel, nos obligan a prescribir un tratamiento adecuado. El tiabendazol tópico al 10% puede utilizarse en algunas lesiones pequeñas, debe administrarse repetidamente a lo largo del día y exige especial seguimiento para evitar recurrencias. El tratamiento sistémico vía oral se realiza con ivermectina y/o albendazol principalmente cuando las lesiones son múltiples observándose bajas tasas de recurrencia; estos medicamentos han reemplazado al tiabendazol sistémico que presenta una alta tasa de efectos adversos como náuseas, molestias gastrointestinales, sensación vertiginosa, vómitos, malestar general, astenia, etc.^(8,15)

La crioterapia es posible cuando la lesión es única y pequeña sin embargo puede producir dolor al paciente por lo que está siendo desplazado por la terapia sistémica. Esta se inicia en el extremo de la lesión que progresa, pero tiene el inconveniente de la dificultad de identificar la posición exacta del parásito el cual puede sobrevivir a temperaturas de -21°C por más de 5 minutos.^(8,10-16)

Como medida preventiva es importante evitar el acceso de perros y gatos a las áreas de juego como playas y áreas de trabajo donde ocurra el contacto de la piel con el suelo. En zonas endémicas, es conveniente el tratamiento periódico de perros y gatos a partir de las 4 semanas de edad.^(6,17)

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Rubio S, Ruiz L, Gascón J, Corachán M. Larva migrans cutánea em viajeros. *Med Clin (Barc)* 1992; 98: 224-6.
2. Legua P, Guerra J, Bussalleu A. Larva migrans cutánea en Lima. *Rev Med Hered* 1990;1:47-50.
3. Bordel MT, Sánchez J, Santos JC. Ampolla gigante provocada por larva migrans cutánea. *Actas Dermosifiliogr* 2008;99:744-5.
4. Ansart S, Perez L, Jaureguiberry S, Danis M, Bricaire F, Caumes E. Spectrum of dermatoses in 165 travelers returning of the tropics with skin diseases. *Am J Trop Med Hyg* 2007;76:184-6.
5. O'Connell E, Suarez J, Leguen F, Zhang G, Etienne M, Torrecilla A, et al. Outbreak of cutaneous larva migrans at a children's camp—Miami, Florida, 2006. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2007;56:1285-7.
6. López LD, Márquez CE. Larva migrans cutánea. Presentación de un caso ampolloso. *Rev Cent Dermatol Pasca* 2007;16:85-8.
7. Romano C, Albanese G, Gianni C. Emerging imported parasitoses in Italy. *Eur J Dermatol* 2004; 14: 58-60.
8. Bouchad O, Houzé S, Schiemann R. Cutaneous Larva migrans in travelers. A prospective study with assessment therapy with ivermectin. *Clin Infect Dis* 2000;31:493-8.
9. Canizares O, Harman RRM. Helminthic disease I. Nematodes-cutaneous manifestations of intestinal parasites. In: *Clinical Tropical Dermatology*, 2nd edn. Cambridge, MA: Blackwell Scientific, 1992: 332-334.
10. Varela CS, Varela M, Pascual ML. Larva migrans cutánea: diagnóstico de sospecha y tratamiento en Atención Primaria. *MEDIFAM* 2002; 12: 655-7.
11. Escalante E, Rosas N. Larva migrans cutánea. *Dermatol Peru* 2000;10:53-5.
12. Arenas R. *Dermatología*. Segunda edición. México: Editorial Mc Graw Hill Interamericana; 1990.
13. Blaum JM, Omura EF. Cutaneous larva migrans. *N Eng J Med* 1998;338:1773.
14. Davies HD, Sakuls P, Keystone JS. Creeping eruption: a review of a clinical presentation and management of 60 cases presenting to a tropical disease unit. *Arch Dermatol* 1993;129:588-91.
15. Albanese G, Venturi C, Galbiati G. Tratamiento de la larva migrans cutánea (erupción serpiginosa): comparación entre albendazol y el tratamiento tradicional. *Rev Int Dermatol Dermocosm Clin* 2001;4:236-40.
16. Karthikeyan K, Thappa D. Cutaneous larva migrans. *Indian J Dermatol Venereol Leprol* 2002;68:252-8.
17. Juckett G. Pets and parasites. *Am Fam Physician* 1997; 56: 1763-74.

Correspondencia: Dr. Carlos Galarza Manyari.
 Instituto de Investigaciones Clínicas, Universidad Nacional Mayor de San Marcos.
 Dirección: Parque "Historia de la Medicina Peruana" S/N, Lima 01. Perú.
 Teléfono: (51-1) 328-4748
 FAX: (51-1) 328-5087
 Correo electrónico: investcl@yahoo.com.

Miasis cutánea migratoria. Reporte de un caso.

Migratory cutaneous miasis: case report.

Oscar A. Pereda(1), Eberth Quijano-Gomero(2), Jose Ontón(3), Dina Carayhua(4)

RESUMEN

La miasis es una infestación de vertebrados por diferentes tipos de moscas, en cuanto a la cutánea se han reportado casos principalmente en el norte de Perú siendo los más frecuentes los causados por *Cochliomya hominivorax* y *Dermatobia hominis*, las de heridas y las forunculares respectivamente. Se presenta a continuación un caso de Miasis migratoria cutánea en un paciente proveniente de Piura(norte del Perú) con eosinofilia marcada y se realiza una breve revisión del tema.

PALABRAS CLAVE: Miasis migratoria, hypoderma, paniculitis eosinofílica, eosinofilia

Dermatol Perú 2009;19(1): 62-66

Migratory cutaneous miasis: case report.

SUMMARY

The miasis is a infestación of vertebrates by different types from flies, in whatever to the cutaneous one have reported cases mainly in the north of Peru being most frequent caused by *Cochliomya hominivorax* and *Dermatobia hominis*, those of hurt and forunculares respectively. A case of cutaneous migratory Miasis in an originating patient of Piura (North of Peru) with eosinofilia appears to continuation marked and a brief revision of the subject is made.

KEY WORDS: Migratory myiasis, hypoderma, eosinophilic panniculitis, eosinophyllia

INTRODUCCIÓN

La miasis cutánea se define como la infestación del hombre u otro vertebrado por parásitos de larvas de mosca¹. Se han definido tres tipos de miasis, la foruncular, la migratoria y la de heridas, siendo la primera la más frecuente¹. La miasis migratoria se debe principalmente a la larva de la mosca del caballo llamada *Gasterophilus intestinalis*, la cual se ubica en las capas inferiores de la epidermis y clínicamente se manifiesta por un trayecto eritematoso serpentiginoso y palpable²; por otro lado la segunda larva de mosca más frecuente que produce este tipo de miasis es la del ganado vacuno llamado *Hypoderma spp*³., llamado así porque se ubica en el tejido celular subcutáneo, y clínicamente producen nódulos eritematosos que siguen un trayecto no palpable⁴.

REPORTE DE CASO

Paciente varón de 87 años, natural y procedente de la zona rural de la sierra de Piura, con antecedente de hipertensión arterial hace 10

1. Médico Residente de Dermatología del Hospital Nacional Daniel A. Carrión

2. Médico Asistente de Dermatología del Hospital Nacional Daniel A. Carrión

3. Médico Asistente de Dermatología del Hospital Apoyo Yurimaguas

4. Médico Asistente de Anatomopatología del Hospital Nacional Daniel A. Carrión

años, en tratamiento regular con enalapril, dos episodios de accidente cerebrovascular, la última hace 3 meses, con secuela de hemiparesia izquierda. Acudió por un tiempo de enfermedad de 20 días, de inicio insidioso y curso progresivo; inició enfermedad con un nódulo pruriginoso en dorso de muñeca izquierda, y progresivamente fueron apareciendo otros, de similares características, a lo largo del antebrazo izquierdo, en cara posterior; no refería otras molestias. Al examen físico presentó 5 nódulos eritematosos no bien definidos, el mas grande de 2 cm de diámetro, los otros cuatro nódulos eritematosos de 1,5 a 1 cm de diámetro que seguían un trayecto lineal a

lo largo del tercio proximal de antebrazo izquierdo cara posterior, uno ellos presentó una erosión central cubierta por secreción serohemática (Fig 1). Se realizó la primera biopsia (Fig 3) del nódulo de la muñeca, donde se observó un infiltrado a predominio de eosinófilos que afectaba la dermis reticular y principalmente el tejido celular subcutáneo tanto septal como lobulillar; hemograma, leucocitos 12.600/mm³, neutrófilos 42.2%, linfocitos 18.8%, eosinófilos 31.1%; IgE: 2432 U/l; examen de orina, ASO, leishmanina, PPD, ELISA para toxocara, cultivo para esporotricosis, BK en esputo, parasitológico seriado, negativos. Durante la evolución, presentó a los 10 días



FIGURA 1: Nódulos eritematosos de 2 cm cada uno aproximadamente, con leve descamación periférica, siguen un trayecto lineal en cara posterior de antebrazo izquierdo.

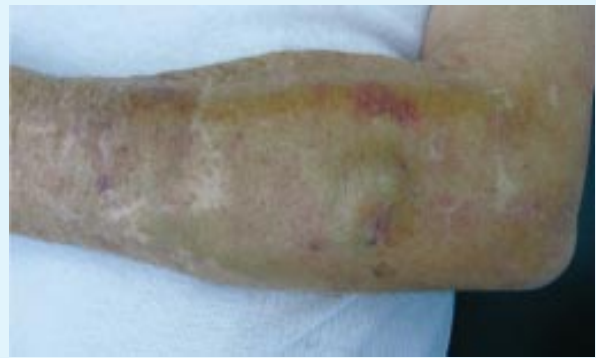


FIGURA 2: Luego de 20 días solo presenta un nódulo quístico, no doloroso, de 2,5 cm de diámetro, adherido a planos profundos, con piel de coloración violácea amarillenta.

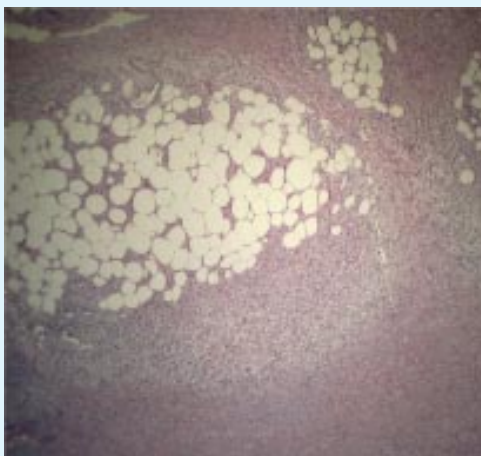


FIGURA 3: Primera biopsia: paniculitis mixta con infiltrado predominantemente eosinofílico, necrosis fibrinoide.

edema, calor, y eritema de la mitad proximal de antebrazo izquierdo cara posterior, recibe tratamiento sistémico con antibióticos, se cubre con venda elástica para evitar el rascado y se le indicó antibiótico tópico; el paciente regresó a los 10 días de su última visita (Fig 2) y sólo presentaba un nódulo asintomático, amarillento violáceo, duro, adherido a planos profundos; se realizó una biopsia de excisión completa (Fig 4), obteniéndose una

paciente procedía de Morropón, ubicado en la sierra de Piura a 800 msnm, zona ganadera dedicada al ganado vacuno y equino, con los cuales el paciente estaba en contacto directo, siendo esta una de las formas más frecuentes de infestación. La localización de esta larva es en tejido celular subcutáneo, y se moviliza siguiendo un trayecto lineal, produciendo en las zonas donde permanece por más tiempo y/o penetra planos más superfi-

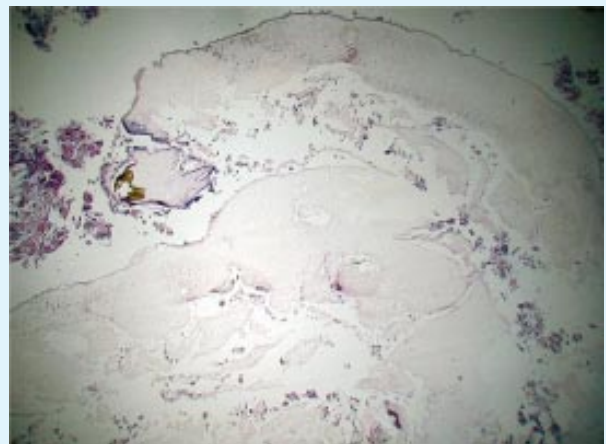
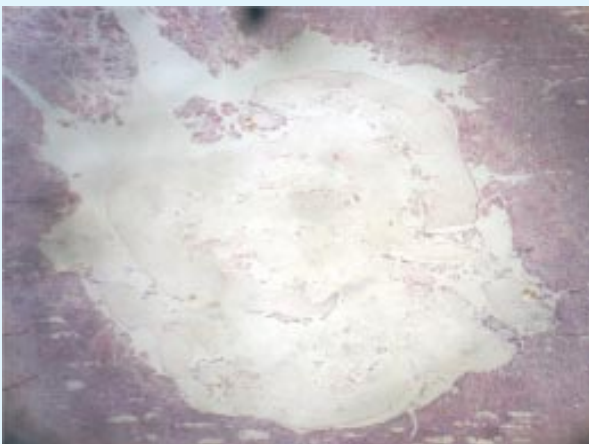


FIGURA 4: Segunda biopsia: quiste, con fragmentos de larvas en la cavidad y rodeado de un intenso infiltrado inflamatorio mixto.

lesión quística, que en la histopatología presentó al centro un material amorfo cilíndrico degenerado compatible con restos larvarios, quitinosos del aparato bucal y espículas, rodeado de tejido con inflamación crónica a cuerpo extraño, algunas zonas supurativas, este a su vez esta rodeado de un tejido fibrótico dentro del tejido celular subcutáneo.

DISCUSION

Las miasis migratorias por hypoderma son raras y existen reportes esporádicos⁵; también llamada miasis subcutánea, es producida por la larva de la mosca que afecta al ganado vacuno, *Hypoderma* spp (bovis, lineatum)⁶, pudiendo ocasionar en aquellos animales infestados, pérdida de peso, disminución en la producción de leche y como consecuencia importantes pérdidas económicas³. El

ciales, nódulos eritematosos, los cuales pueden ser asintomáticos, dolorosos o pruriginosos⁷, como nuestro caso; en estas zonas a veces, es posible observar un poro central y secreción serosanguinolenta intermitente, que corresponde al orificio del salida del parásito a través del cual se puede ver el espiráculo de larva (aparato respiratorio)^{8, 9}. La larva, se ha observado, que puede migrar a una velocidad de 2 a 30 cm en 24 horas y el trayecto es generalmente más recto y menos serpiginoso que el del *Gasterophilus*, por otro lado no solo sigue un recorrido ascendente¹⁰ sino también descendente^{4, 11}. Hypodermamiasis, como es también conocida, usualmente es autolimitada, no obstante se han reportado casos de ascitis, pleuropericarditis, hemorepicardio, fiebre alta, mialgias, artralgias, edema escrotal, meningitis, invasión intracerebral y eosinofilia periférica marcada^{8, 9, 12} que fue con lo que cursó el paciente, cabe

resaltar que esta característica ha sido mencionado en diversos reportes de este tipo de miasis y se debe posiblemente a la migración de la larva por el TCSC⁹. La mayor cantidad de casos se han reportado en meses de invierno.⁴

La eosinofilia periférica marcada (> 1500/uL) puede estar asociada a diferentes condiciones como infecciones, alérgicas, neoplásicas, inmunológicas, y otras más raras; entre las infecciosas destacan por su frecuencia e importancia, los parásitos (helminetos), ciertos hongos (aspergillus) e infestaciones (escabiosis, miasis)¹³. Como el paciente presentó una eosinofilia de 3900/uL, en repetidas ocasiones y se normalizó una vez extraída la larva. Cabe mencionar, que ante una eosinofilia tan marcada la búsqueda de la condición asociada es mandatoria; por lo cual se debe realizar una buena historia clínica y solicitar los exámenes de laboratorios más adecuados según ésta, para encontrar la causa.¹⁴

La paniculitis eosinofílica, es un patrón histopatológico más que una entidad nosológica¹⁰, se ha descrito asociada a otros tipos de paniculitis y procesos inflamatorios de la piel como eritema nodoso, picadura de insectos, asma, dermatitis atópica, enfermedades psiquiátricas, enfermedad tiroidea, parotiditis, sarcoidosis, infecciones bacterianas, infestaciones por parásitos como *Gnathostoma* y *Toxocara*, no habiéndose reportado a la miasis migratoria^{10,15}. Por otro lado, este espectro de diferentes entidades nosológicas indican que la paniculitis eosinofílica es un proceso reactivo no específico y la presencia de eosinófilos en el TCSC debería ser seguida con una adecuada investigación clínica y laboratorial¹⁶.

El diagnóstico clínico de miasis migratoria, debería ser apoyado con la visualización y reconocimiento de los espiráculos de la larva por un entomólogo o especialista en el campo, para lo cual se necesita que la larva se conserve en etanol al 70%.^{1,17}

Debe plantearse el diagnóstico diferencial con esporotricosis, por el trayecto lineal de las lesiones nodulares; y con prurigo nodular, por ser

nódulos eritematosos muy pruriginosos. Por otro lado, las diferencias clínicas de esta entidad con larva migrans cutánea son: primero el trayecto de la larva es de la mosca, no se puede visualizar ni palpar; segundo, la larva de mosca es más grande que la de los helmintos; y tercero las larvas de mosca pueden sobrevivir por más tiempo en la piel que los helmintos^{7,18}.

En cuanto al tratamiento de la miasis migratoria se puede usar la oclusión con una variedad de sustancia como vaselina, parafina, gel de cabello, aceite mineral, las cuales deben cubrir el poro central y permanecer por más de 24 horas¹⁹; esto produce la asfixia de la larva, la cual queda retinada induciendo una respuesta inflamatoria, con la formación de granulomas a cuerpo extraño²⁰, como fue encontrado en la segunda biopsia, rodeando los restos de la larva. A pesar que las larvas de *Hypoderma* también tienen espículas (espinas), la forma terminal de su cabeza hace que no presente resistencia a la extracción, permitiendo su extracción manual fácilmente, siendo la oclusión un tratamiento efectivo en este tipo de miasis^{6,9,21}.

El uso de larvicidas como ivermectina, en dosis únicas de 200 ug/Kg vía oral, es un tratamiento efectivo para *Hypoderma* spp pudiendo retirarse luego la larva manualmente.^{22,23}

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. McGraw TA, Turiansky GW. Cutaneous myiasis. *J Am Acad Dermatol* 2008;58:907-26; quiz 27-9.
2. Heath AC, Elliott DC, Dreadon RG. *Gasterophilus intestinalis*, the horse bot-fly as a cause of cutaneous myiasis in man. *N Z Med J* 1968;68:31-2.
3. Bronshtein AM, Malyshev NA, Ramirez LA, Kedrov AV. Migrating subcutaneous myiasis with systemic manifestations caused by gadfly larvae. *Klin Med (Mosk)* 2004;82:53-6.
4. Fassler C, Lanco S, Denis A, Penniello MJ, Duncombe-Poulet C, Guillois B. Subcutaneous myiasis. A case report. *Arch Pediatr* 2000;7:840-3.
5. Zygtiene M, Narkeviciute I, Mudeniene V, Ziliukiene J. A case of myiasis due to *Hypoderma bovis*, Lithuania, 2004. *Euro Surveill* 2006;11:E1-2.
6. Jelinek T, Nothdurft HD, Rieder N, Loscher T. Cutaneous myiasis: review of 13 cases in travelers returning from tropical countries. *Int J Dermatol* 1995;34:624-6.
7. Ting PT, Barankin B. Cutaneous myiasis from Panama, South

- America: case report and review. *J Cutan Med Surg* 2008;12:133-8.
8. Navajas A, Cardenal I, Pinan MA, Ortiz A, Astigarraga I, Fdez-Teijeiro A. Hypereosinophilia due to myiasis. *Acta Haematol* 1998;99:27-30.
 9. Starr J, Pruett JH, Yunginger JW, Gleich GJ. Myiasis due to *Hypoderma lineatum* infection mimicking the hypereosinophilic syndrome. *Mayo Clin Proc* 2000;75:755-9.
 10. Liu Y, Xiao SX, Wang JM, Peng ZH, Feng YG, Lei XB et al. Eosinophilic panniculitis: report of three cases. *Int J Dermatol* 2006;45:1412-4.
 11. Caca I, Unlu K, Cakmak SS, Bilek K, Sakalar YB, Unlu G. Orbital myiasis: case report. *Jpn J Ophthalmol* 2003;47:412-4.
 12. Uttamchandani RB, Trigo LM, Poppiti RJ, Jr., Rozen S, Ratzan KR. Eosinophilic pleural effusion in cutaneous myiasis. *South Med J* 1989;82:1288-91.
 13. Seifert M, Gerth J, Gajda M, Pester F, Pfeifer R, Wolf G. Eosinophilia—a challenging differential diagnosis. *Med Klin (Munich)* 2008;103:591-7.
 14. Sheikh J, Weller PF. Advances in diagnosis and treatment of eosinophilia. *Curr Opin Hematol* 2009;16:3-8.
 15. Samlaska CP, de Lorimier AJ, Heldman LS. Eosinophilic panniculitis. *Pediatr Dermatol* 1995;12:35-8.
 16. Gomez Rodriguez N, Ortiz-Rey JA, De la Fuente Buceta A, Ibanez Ruan J. Auto-induced eosinophilic panniculitis: a diagnostic dilemma. *An Med Interna* 2001;18:635-7.
 17. Meinking TL, Burkhart CN, Burkhart CG. Changing paradigms in parasitic infections: common dermatological helminthic infections and cutaneous myiasis. *Clin Dermatol* 2003;21:407-16.
 18. Caissie R, Beaulieu F, Giroux M, Berthod F, Landry PE. Cutaneous myiasis: diagnosis, treatment, and prevention. *J Oral Maxillofac Surg* 2008;66:560-8.
 19. Wild G. Cutaneous myiasis with *Dermatobia hominis* (human bot fly) larvae treated both conservatively and surgically. *J R Nav Med Serv* 2006;92:78-81.
 20. Krajewski A, Allen B, Hoss D, Patel C, Chandawarkar RY. Cutaneous myiasis. *J Plast Reconstr Aesthet Surg* 2008.
 21. Logar J, Marinic-Fiser N. Cutaneous myiasis caused by *Hypoderma lineatum*. *Wien Klin Wochenschr* 2008;120:619-21.
 22. Gealh WC, Ferreira GM, Farah GJ, Teodoro U, Camarini ET. Treatment of oral myiasis caused by *Cochliomyia hominivorax*: two cases treated with ivermectin. *Br J Oral Maxillofac Surg* 2009;47:23-6.
 23. Al-Eissa GS, Gammaz HA, Mohamed Hassan MF, Abdel-Fattah AM, Al-Kholany KM, Halami MY. Evaluation of the therapeutic and protective effects of ivermectin and permethrin in controlling of wound myiasis infestation in sheep. *Parasitol Res* 2008;103:379-85.

Siringocistoadenomas papilíferos. Descripción de dos casos.

Syringocystadenoma papilliferum. Report of two cases.

Liz Lezcano, Beatriz Di Martino, Mirtha Rodríguez, Oilda Knopfelmacher, Lourdes Bolla, Julio Recalde.

RESUMEN

El siringocistoadenoma papilífero es un raro tumor anexial benigno de naturaleza ecrina o apocrina; o sea de histogénesis incierta. Es un tumor de la niñez y adolescencia con muchos ejemplos descritos en el momento del nacimiento. Se asocia a un nevo sebáceo pre-existente en el 30% de los casos. Su diagnóstico es netamente histológico y el tratamiento quirúrgico es curativo.

Palabras clave: Siringocistoadenoma papilífero, nevo sebáceo, tumor anexial.

Dermatol Perú 2009;19(1): 67-70

SYRINGOCYSTADENOMA PAPILLIFERUM. REPORT OF TWO CASES.

SUMMARY

Syringocystadenoma papilliferum is a rare benign adnexal of eccrine or apocrine nature; uncertain histogenesis. It is a tumour of childhood or adolescence, with many examples noted at birth. The neoplasm occurs in association with an organoid naevus such as naevus sebaceous in at least one-third of cases. Its diagnosis is purely histological and simple excision is curative.

Key words: Syringocystadenoma papilliferum, naevus sebaceous, adnexal tumour.

INTRODUCCION

El siringocistoadenoma papilífero (SP) es un tumor anexial de las glándulas sudoríparas cuya naturaleza, ecrina o apocrina, está aún sin determinar. Existen múltiples publicaciones que intentan aclarar la naturaleza de este tumor tanto

hacia un origen ecrino como apocrino e incluso hacia una hipotética glándula híbrida denominada «apoecrina», cuya existencia hoy se cree poco probable. En la actualidad se acepta que el patrón de diferenciación es predominantemente apocrino, aunque el origen ecrino se ha demostrado en alguno de estos tumores, que han resultado positivos para el inmunomarcador ecrino IKH-4.^(1,2)

CASOS CLINICOS

CASO 1:

Paciente de sexo femenino de 11 años de edad, procedente de medio rural.

Motivo de consulta: lunar en la región de la cabeza (cuero cabelludo), que crece lentamente, y que sangra tras pequeños traumatismos.

Antecedentes de la enfermedad actual: refiere presencia de la lesión desde el nacimiento. En varias oportunidades se ha realizado electrocoagulación, pero la misma sufrió rebrotes.

Antecedentes patológicos personales y familiares: sin datos de valor.

Cátedra de Dermatología. Hospital de Clínicas. Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional. Asunción-Paraguay.

Recibido: 3-IX-2009

Aceptado: 28-IX-2009

Examen Físico: Dos tumoraciones eritematosas de superficie erosionada, bien delimitadas, bordes regulares, de 1,5 y 0,5 cm de diámetros mayores, localizadas en región temporal derecha (Figuras 1 y 2).

Diagnósticos clínicos presuntivos:

- Nevus congénito amelanótico.
- Melanoma amelanótico.
- Granuloma piógeno.
- Nevus sebáceo.



Figura 1



Figura 2

Se efectúa resección quirúrgica de la lesión y se remite a anatomía patológica.

CASO 2:

Paciente de sexo masculino, de 55 años de edad, agricultor, procedente de área rural.

Motivo de consulta: Tumoración en cuero cabelludo.

Antecedentes de la enfermedad actual: Lunar desde el nacimiento en cuero cabelludo. Presenta crecimiento progresivo desde hace 6 meses aproximadamente. Hace 1 mes drena secreción purulenta. Recibió tratamiento con antibióticos, pero no sabe precisar cuales.

Antecedentes patológicos personales y familiares: sin datos de valor.

Examen físico: Tumoración vegetante, de bordes regulares y límites netos, de 4x3.5 cm. de diámetros mayores, cubierta por costras hemáticas y melicéricas, localizada en región parietal derecha (Figura 3).

Diagnósticos clínicos presuntivos:

- Fibroma impetiginizado.
- Tumor anexial.
- Nevus verrucoso.

Se realiza extirpación quirúrgica de la lesión en su totalidad y se remite a anatomía patológica.



Figura 3

Histopatología: En ambos casos se trata de una tumoración epitelial con invaginaciones endofíticas desde el epitelio de superficie hacia el interior de la dermis. En superficie el epitelio de las invaginaciones es escamoso y se continua en profundidad con un epitelio de doble hilera de células cúbicas a columnares. Dentro de la dermis, proyecciones vellositarias protruyen en espacios quísticos. Las proyecciones están revestidas por un epitelio que varía de columnar a cúbico y que presenta secreción por decapitación (apocrina). El estroma vellositario está constituido de tejido conectivo que muestra un gran número de plasmocitos (Figuras 4, 5 y 6).

Diagnóstico anatomo-patológico: Siringocistoadenoma papilífero. Márgenes de resección libres de lesión. Ausencia de signos histológicos de malignidad.

Evolución: en ambos pacientes fue buena la evolución tras la resección quirúrgica. No se constató recidiva tumoral en ninguno de los casos.

DISCUSIÓN

El SP es un tumor aneural poco frecuente. El 50% de los casos se observan al nacimiento, durante la infancia o adolescencia. Predomina en cuero cabelludo, cara y cuello, pudiéndose localizar en el tronco y extremidades; con menor frecuencia se ha asociado con adenoma apocrino, hidroadenoma papilífero, poroma folicular y condiloma acuminado^(3,4). Presentamos los casos debido a la escasa frecuencia de esta patología y resaltamos la importancia del estudio histopatológico no sólo para el diagnóstico de la enfermedad sino para establecer el diagnóstico diferencial con otras dermatosis.

Las casuísticas más importantes son las de Helwig y Hackney con 100 casos y la de Pinkus con 30 casos. Mammino y Vidmar realizaron una

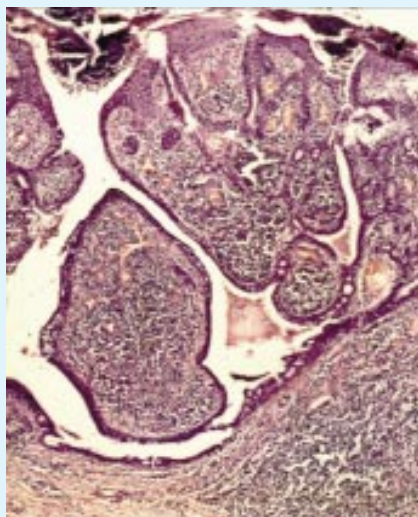


Fig.4

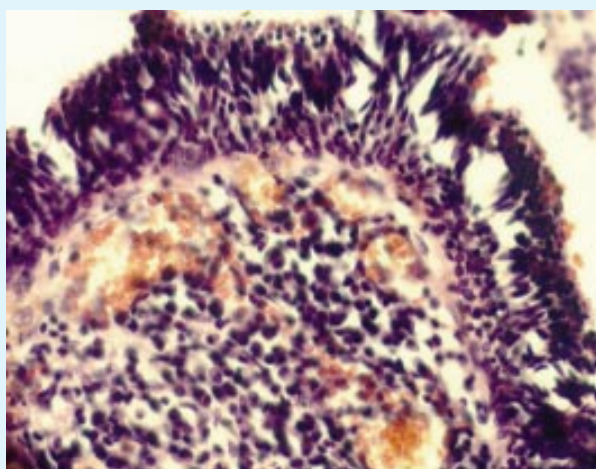


Fig.6

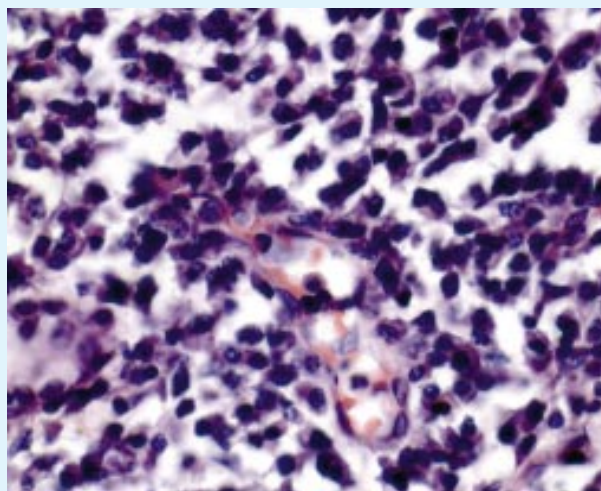


Fig.5

recopilación bibliográfica de 145 casos de SP; el 51% de estos tumores se encontraba presente desde el nacimiento; el 40% de los casos coexistió con nevo sebáceo y el 9% de estos últimos se asoció a carcinoma basocelular. Las lesiones se localizaron en cuero cabelludo y cara en un 75% de casos, en tronco 20% y en las extremidades 5%.⁽⁵⁾

En 1970 Jancar consideró que el SP puede comportarse como un marcador de alteraciones neurológicas, óseas, oculares y cutáneas, configurando el síndrome de siringocistoadenoma papilífero. Sin embargo, otros autores prefieren la denominación de "síndrome del nevo organoide" ya que junto con el nevo epidérmico, nevo sebáceo de Jadassohn y el nevo comedoniano comparten alteraciones sindrómicas similares. Otros autores postulan que se trata de un único síndrome con simples variantes fenotípicas.⁽⁶⁾

Se manifiesta como una placa solitaria de color piel normal o ligeramente eritematosa, de menos de 4 cm. de diámetro, de superficie lisa o algo elevada y en la pubertad puede hacerse verrugosa o costrosa. Cuando la placa se localiza en el cuero cabelludo se caracteriza por la ausencia completa o casi completa de pelo o también puede presentarse como tumores únicos o múltiples de color piel normal, con forma de cúpula, de disposición lineal, miden menos de 1 cm. de diámetro, presentan una umbilicación central y en su evolución puede producirse una fístula con eliminación de una secreción parda o amarillenta o presentar sangrado local tras pequeños traumatismos^(3,4,7). El diagnóstico se realiza frecuentemente durante la adolescencia; dado que en muchas ocasiones aumenta su tamaño durante la pubertad. A menudo se observa sangrado local⁽⁷⁾.

El estudio histopatológico muestra un número irregular de invaginaciones quísticas que se extienden desde la epidermis hacia la dermis. A la

luz se observan numerosas proyecciones papilares revestidas por una doble hilera de células, la interna presenta células cuboides pequeñas de núcleo redondo y citoplasma escaso, y la externa está constituida por células cilíndricas que presentan secreción por decapitación.⁽⁸⁾

Rara vez el SP se asocia a una evolución maligna. Es destacable el hecho que cuando el SP coexiste con carcinoma basocelular suele asociarse con nevo sebáceo de Jadassohn. La diferenciación del SP con el nevo sebáceo de Jadassohn puede ser difícil ya que ambos suelen coexistir; sin embargo, la presencia de umbilicación central y costros hemorrágicas caracterizan al SP y el estudio histológico confirma el diagnóstico. En su evolución el SP puede infectarse, sangrar o ulcerarse. El tratamiento es la simple extirpación quirúrgica la cual es curativa.^(3,9)

Se recomienda la extirpación quirúrgica temprana para evitar infecciones y/o sangrado así como para descartar epitelomas en los casos de SP asociados a nevo sebáceo de Jadassohn.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Cribier B, Scrivener Y, Grosshans E. Tumors arising in nevus sebaceus: A study of 596 cases. *J Am Acad Dermatol.* 2000;42:263-8.
2. Ishihara M, Mehregan DR, Hashimoto K, Yotsumoto S, Toi Y, et al. Staining of eccrine and apocrine neoplasms and metastatic adenocarcinoma with IHK-4, a monoclonal antibody specific for the eccrine gland. *J Cutan Pathol* 1998;25:100-5.
3. Morales M, Larralde M, Corbella C, Manno S, Gilkin I, Parra C, et al. Siringocistoadenoma papilífero de novo en la piel y sobre nevo sebáceo preexistente en la infancia. *Dermatol Pediatr Lat* 2004;2:42-5.
4. Patterson JW, Straka BF, Wick MR. Linear syringocystadenoma papilliferum of the thigh. *J Am Acad Dermatol.* 2001;45:139-41.
5. Helwig EB, Hackney VC. Syringadenoma papilliferum. Lesions with and without naevus sebaceous and basal cell carcinoma. *Arch Dermatol* 1955;71:361-72.
6. Wen SY. Syringocystadenoma papilliferum presenting as a cutaneous. *Br J Dermatol* 2000; 142:1242-4.
7. Arias D, Castellano VM, Córdoba S, Miñano R, Martínez D, Borbujo JM. Siringocistoadenoma papilífero de presentación atípica. *Actas Dermosifiliog* 2006;97:647-9.
8. Yamamoto O, Dol Y, Hamada T, Hisaoka M, Sasaguri Y. An immunohistochemical and ultrastructural study of syringocystadenoma papilliferum. *Br J Dermatol* 2002;147:936.
9. Rammeh-Rommani S, Fezaa B, Chelbi E, Kammoun MR, Ben Jilani SB, Zermani R. Syringocystadenoma papilliferum: report of 8 cases. *Pathologica* 2006;98:178-80.

Correspondencia: Dra. Beatriz María Di Martino Ortiz. Calle Paraguairí 1033 casi Teniente Fariña. C.P.: 1325. Tel. Y Fax: 595 21 446 991. beatrizdimartino@gmail.com. Asunción-Paraguay.

Revistas de Revistas

Emma Escalante Jibaja

GADOLINIUM IS NOT DEPOSITED IN THE SKIN OF PATIENTS WITH NORMAL RENAL FUNCTION AFTER EXPOSURE TO GADOLINIUM-BASED CONTRAST AGENTS

Boys AS, Sanyal S, Abraham J.

J Am Acad Dermatol 2008;59(2):356-7.

El depósito de gadolinio (Gd) asociado a calcio y fósforo en biopsias cutáneas de pacientes con fibrosis sistémica nefrogénica (NSF) ha sido recientemente demostrado. Hay 5 agentes de contraste endovenoso basados en gadolinio (GBCAs) aprobado por la FDA en Estados Unidos. Se ha reportado el depósito de Gd en tejido óseo seguido de la exposición a GBCA en pacientes con función renal normal, no está claro si el depósito de Gd en tejido cutáneo ocurre ante una falla renal o si un agente de contraste es más susceptible al depósito comparado con otro agente. Nosotros buscamos determinar si el depósito de Gd de estos productos fue perceptible en la piel de pacientes con función renal normal.

Se obtuvo tejido cutáneo al remover lesiones benignas o malignas que contenían dermis con tejido subcutáneo de 20 pacientes con función renal normal a quienes se les había realizado estudios de resonancia magnética con GBCAs. Para el análisis del tejido cutáneo se empleó microscopía electrónica con técnica de espectroscopia de energía dispersa de rayos-X (SEM / EDS).

El depósito de Gd no fue detectado en algunos de los 20 especímenes evaluados por el método descrito. Los autores piensan que hay razones por las que el estudio no detectó Gd, mencionan que

en un estudio reportado en el 2006 el tiempo entre la exposición a Gd y la biopsia cutánea es menos de un año o muy pocos meses. En nuestro estudio en los 20 pacientes el tiempo promedio fue de 2 años entre la exposición a Gd y la extracción de tejido, tiempo suficiente para la eliminación de Gd del cuerpo, que se produce en un 91% en 24 horas por orina.

TUBERCULOSIS IN THE AGE OF BIOLOGIC THERAPY

Hernandez C, Cetner AS, Jordan JE, Puangsuwan SN, Robinson JK.

J Am Acad Dermatol 2008;59(3):363-80.

La introducción de la terapia biológica para psoriasis ha revolucionado el tratamiento de esta patología. Estos cambios en nuestro arsenal de drogas han dado como resultado la necesidad en los dermatólogos de tener que recordar los conocimientos acerca de la tuberculosis, dado el potencial de reactivación de esta enfermedad que posee la terapia biológica. El objetivo de esta revisión es brindar a los dermatólogos una información pertinente sobre la microbiología, inmunología, exámenes auxiliares y presentación clínica de la tuberculosis. Se revisa las informaciones que reportan la ocurrencia de tuberculosis con la medicación biológica, especialmente con el factor de necrosis antitumoral. Se pone énfasis en las diferentes presentaciones clínicas de tuberculosis adquirida y reactivación de una enfermedad latente. Dado el amplio uso de terapia biológica en nuestra especialidad, debemos ser capaces de identificar rápidamente pacientes infectados, incluyendo aquellos con enfermedad latente asintomática. La falla en detectar tuberculosis antes del inicio de la terapia biológica puede ser un acontecimiento

¹⁾ Hospital Central FAP. Lima-Perú.

adverso tanto para el paciente como para la salud de nuestra comunidad.

A NEW SCALP FORMULATION OF CALCIPOTRIENE PLUS BETAMETHASONE COMPARED WITH ITS ACTIVE INGREDIENTS AND THE VEHICLE IN THE TREATMENT OF SCALP PSORIASIS: A RANDOMIZED, DOUBLE-BLIND, CONTROLLED TRIAL

Jemec GBE, Ganslandt C, Ortonne JP, Poulin Y, Burden AD, De Unamuno P, Berne B, Figueiredo A, Austad J.

J Am Acad Dermatol 2008;59(3):455-63.

Los nuevos tratamientos tópicos para el cuero cabelludo en pacientes con psoriasis resultan necesarios cuando la terapia tópica existente podría desencadenar reacciones adversas y/o ser poco efectivas. El objetivo del presente estudio fue comparar la eficacia y seguridad de una formulación tópica para el cuero cabelludo con dos componentes: calcipotriene y dipropionato de betametasona en combinación; cada componente individual en el mismo vehículo y con vehículo sólo (placebo).

En 8 semanas del estudio multicéntrico, randomizado, doble ciego, 541 pacientes con psoriasis del cuero cabelludo recibieron tratamiento con calcipotriene 50 ug/g y dipropionato betametasona 0.5 mg/g; 556 pacientes con dipropionato de betametasona 0.5 mg/g en el mismo vehículo; 272 pacientes con calcipotriene 50 ug/g en el mismo vehículo y 136 pacientes recibieron solamente el vehículo.

Resultó que muchos pacientes cursaron con enfermedad leve o ausencia de enfermedad a las 8 semanas con la formulación de doble componente comparado con dipropionato de betametasona en el mismo vehículo (71.2% vs 64%, $p=0.011$), con calcipotriene en el mismo vehículo (71.2% vs 36.8%, $p<0.0001$) y con el vehículo sólo (71.2% vs 22.8%, $p<0.0001$). Los autores concluyen que la formulación para el cuero cabelludo que contiene calcipotriene y dipropionato de betametasona fue más eficaz que los componentes individuales o el vehículo sólo.

ANTIBIOTIC PROPHYLAXIS IN DERMATOLOGIC SURGERY: ADVISORY STATEMENT 2008

Wright TI, Baddour LM, Berbari EF, Roenigk RK, Phillips PK, Jacobs MA, Otley CC.

J Am Acad Dermatol 2008; 59(3):464-73.

La profilaxis antibiótica es un importante componente en la cirugía dermatológica y las recomendaciones en esta área están reflejadas en las guías 2007 de la American Heart Association, American Dental Association y American Academy of Orthopaedic Surgeons, basadas en estudios recientes prospectivos sobre infección en cirugía. El objetivo de esta revisión es proveer un protocolo sobre las indicaciones para una profilaxis antibiótica en cirugía dermatológica, como se realiza para la prevención de endocarditis infecciosa, artritis séptica y sitios de infección quirúrgica. Se realizó una revisión de la literatura, se obtuvo un consenso de los expertos y se redactaron las recomendaciones con las guías de las autoridades de las asociaciones americanas antes mencionadas.

La profilaxis antibiótica está recomendada para pacientes con alto riesgo por condiciones cardíacas, grupos definidos de pacientes con prótesis en articulaciones y alto riesgo de infección articular, cuando el sitio de la cirugía está infectado o cuando el procedimiento involucra ampliamente la mucosa oral. Los antibióticos pueden ser indicados en procedimientos de extremidades inferiores o región inguinal, escisiones en cuña de labio y oreja, colgajo de piel de la nariz, injerto de piel y para pacientes con extensa enfermedad inflamatoria cutánea. Los autores mencionan como limitación que estas recomendaciones no están basadas en estudios múltiples ni ensayos prospectivos.

Se concluye que ésta es una guía fortalecida y útil para la administración de antibióticos profilácticos en cirugías dermatológicas. Estas recomendaciones proveen una guía completa que muchos médicos pueden utilizar individualizando sus experiencias basadas en consideraciones clínicas.

RANDOMISED, CONTROLLED, ASSESSOR BLIND TRIAL COMPARING 4% DIMETICONE LOTION WITH 0.5 % MALATHION LIQUID FOR HEAD LOUSE INFESTATION

Burgess IF, Lee PN, Matlock G.

www.plosone.org United Kingdom, November 2007.

Malation 0.5% ha sido el pediculicida más prescrito en el Reino Unido durante 10 años y es ampliamente usado en Europa y América del Norte. Reportes anecdóticos antiguos sugieren que los tratamientos con malation son menos efectivos, pero esto no ha sido confirmado clínicamente. El presente estudio fue diseñado para determinar si malation es efectivo y si dimeticona 4% loción es un tratamiento más efectivo para la infestación del piojo de la cabeza. Como metodología se evaluó a 58 niños y 15 adultos con esta infestación. 43 participantes recibieron 2 dosis con intervalo de 7 días de loción de dimeticona 4% aplicada durante 8 horas en la noche; y 30 participantes malation 0.5% en líquido aplicado durante 12 horas en la noche. El tratamiento supervisado se realizó en la casa de los pacientes. La curación de la infestación fue definida al no encontrar evidencia de piojo en la cabeza después del segundo tratamiento. Algunas personas fueron más tarde reinfestadas. El estudio encontró que la dimeticona fue más efectiva que el malation con 30/43 (69.8%) participantes curados en comparación con 10/30 (33.3%) participantes que usaron malation ($p < 0.01$). El análisis de protocolo mostró una tasa de curación de 30/39 (76.9%) y 10/29 (34.5%) respectivamente, se reportó irritación solamente en dos pacientes tratados con malation. Los autores concluyen que malation en líquido sigue siendo efectivo para algunas personas, sin embargo la dimeticona loción ofrece una alternativa significativamente más efectiva.

NORTH AMERICAN EFFICACY AND SAFETY OF A NOVEL PEDICULICIDE RINSE, ISOPROPYL MYRISTATE 50%

Kaul N, Palma KG, Silagy SS, Goodman JJ, Toole J.

J Cutan Med Surg 2007;11(5):161-7.

La infestación por piojo de la cabeza produce una gran incomodidad en niños de edad escolar y constituye un problema de salud pública de distribución mundial. Cada vez se incrementan los reportes sobre la efectividad de los tratamientos, incremento de la resistencia, seguridad y no

adherencia de los pacientes. Es necesaria una alternativa segura, efectiva y fácil de usar. El presente estudio evaluó la eficacia y seguridad de un pediculicida en enjuague conteniendo miristato de isopropil 50% (IPM). El primer ensayo fue no randomizado conducido en Winnipeg, Canadá; el segundo ensayo en Estados Unidos fue randomizado comparando IPM 50% enjuague con piretrin 0.33%, piperonil butóxido 4%. Los sujetos con criterios de inclusión que participaron en estos ensayos se les evaluó la eficacia del tratamiento al 7 y 14 día; se utilizó la Modified Draize Scale al 0, 7, 14 y 21 día para evaluar la presencia de eritema, edema y prurito. Como resultado de estos ensayos los autores sugieren que IPM es una terapia segura y efectiva para el tratamiento de piojos de la cabeza en niños y adultos, al ser bien tolerado y con mínimos efectos adversos que se resolvieron al final del estudio.

SQUAMOUS CELL CARCINOMA OF THE ORAL CAVITY WITH METASTASIS TO THE URINARY BLADDER

Tanmaya G, Sreedhar R, Joseph T, Shveta G.

Ind J Urology 2006;22(4):372-3

El carcinoma espinoso celular SCC de la cavidad oral con metástasis a la vejiga urinaria es un evento no reportado. Hay pocos casos de carcinoma celular de vejiga urinaria con metástasis a la cavidad oral. Se reporta el caso de un varón de 64 años de edad quien presenta clínica dental con dolor, salivación, halitosis, sangrado gingival. Se realizó una biopsia de lesión tumoral molar derecho diagnosticándose de carcinoma espinoso celular. El paciente declinó una cirugía y fue sometido a radioterapia. Al sexto mes presentó disuria progresiva, dolor, hematuria. Ultrasonido reveló una próstata normal, la pared de la vejiga estaba engrosada con una masa de 6 x 7 cm con superficie calcificada ubicada postero lateral izquierdo. El tamaño del riñón era normal. La tomografía con contraste de abdomen y pelvis confirmó los hallazgos. La resección del tumor fue transuretral y el resultado de histopatología fue invasión muscular de SCC. El paciente rechazó la intervención quirúrgica de cistectomía radical y empezó quimioterapia; desarrollando metástasis

pulmonar extensa en el periodo siguiente y falleció a los 5 meses.

La ocurrencia de SCC en la cavidad oral y vejiga urinaria en el mismo paciente es una entidad no descrita, observando que la presentación del tumor oral es dos años antes de la sintomatología urinaria; el paciente no tenía historia de fumador, cálculos vesicales, divertículos, cateterismos u otros factores predisponentes de tumor vesical para suponer un tumor primario de vejiga. Utilizando inmunohistoquímica y análisis molecular de ADN de tejido se puede diferenciar si un tumor es primario o metástasis. Keratina 10 y caveolina 1 son más abundantes en células tumorales de SCC de vejiga y no de cavidad oral; las alteraciones moleculares de HRAS, EGFR y HER2 son típicas de patología maligna urotelial. Sólo hay reportes de carcinoma de vejiga con metástasis a la mandíbula y gingiva; así, esta condición rara debe ser considerada cuando se trata a un paciente diagnosticado de SCC de la cavidad oral, recomendándose evaluar también, la vejiga urinaria.

INTERSTITIAL GRANULOMATOUS DRUG REACTION TO ANAKINRA

Regula C G, Hennessy J, Clarke L E, Adams D R, Ioffreda M D, Graber E M, Helm K F

J Am Acad Dermatol 2008;59(2):S25-7.

Los granulomas intersticiales reactivos a drogas (IGDRs) son entidades poco comunes, asintomáticas, presentándose como una placa anular, eritematosa, violácea. La incidencia de tales reacciones se ha ido incrementando con el uso de agentes biológicos. Se reporta el primer caso de reacción a la interleukina- inhibidor 1 anakinra luego de 21 meses de tratamiento. Es una paciente mujer de 52 años de edad con artritis reumatoide quien presentó pápulas rosadas y nódulos en ambas axilas. El estudio histológico mostró infiltrado difuso en dermis compuesto por neutrófilos, linfocitos e histiocitos; pocos eosinófilos asociados a fragmentos de colágeno en degeneración y fibras elásticas. Las lesiones

desaparecieron al discontinuar anakinra. Luego de un mes Anakinra fue reaplicado, tres meses después de este segundo tratamiento el paciente presentó recurrencia de lesiones en piel de axilas.

Una variedad de reacciones adversas con lesiones en piel son documentadas en respuesta a agentes biológicos siendo lo más común en el sitio de inyección e infusión. Anakinra causa eventos adversos en el 75% de pacientes, con 36% reacción en el sitio de inyección, 13 % infección moderada, 12% dolor articular, 11% exacerbación de artritis reumatoide, 5% prurito, 5% disnea. IGDRs ha sido reportado en numerosos casos con el uso de inhibidores del factor de necrosis tumoral y los autores reportan este caso ara que anakinra sea incluido en la lista.

INTERFERON-BETA INJECTION SITE REACTION: REVIEW OF THE HISTOLOGY AND REPORT OF A LUPUS-LIKE PATTERN

Conroy M, Sewell L, Miller F, Ferringer T.

J Am Acad Dermatol 2008;59(2):S48-9.

Una mujer de 34 años de edad con historia de esclerosis múltiple que desarrolla placas eritematosas en muslos en el sitio de la inyección subcutánea de interferon beta; la reacción empezó pocos meses después de la primera inyección resolviéndose aproximadamente en un mes sin ulceración, la reacción fue empeorando con el tiempo. La biopsia reveló un infiltrado linfocítico perianexal superficial y profundo, con depósito de mucina intersticial y daño de interface focal. Descartándose la histología de lupus-like al presentar títulos de anticuerpos antinucleares menor de 40. Debido a esta reacción, el interferón fue discontinuado con la subsecuente resolución.

La preparación adecuada de la medicación consiste en conservarla en temperatura indicada, rotación del sitio de la inyección y el uso de autoinyector que reducirían las reacciones en el sitio de la inyección. Ibuprofeno y corticosteroides tópicos son recomendados para el manejo de la reacción en el sitio de la inyección.

Respuestas Autoevaluación

EXAMEN DE LA AUTOEVALUACION N° 13

Dermatol Peru 2008;18 (4)

- | | | | | | | | | | | | |
|-----|---|---|---|---|---|-----|---|---|---|---|---|
| 1. | a | b | c | d | e | 26. | a | b | c | d | e |
| 2. | a | b | c | d | e | 27. | a | b | c | d | e |
| 3. | a | b | c | d | e | 28. | a | b | c | d | e |
| 4. | a | b | c | d | e | 29. | a | b | c | d | e |
| 5. | a | b | c | d | e | 30. | a | b | c | d | e |
| 6. | a | b | c | d | e | 31. | a | b | c | d | e |
| 7. | a | b | c | d | e | 32. | a | b | c | d | e |
| 8. | a | b | c | d | e | 33. | a | b | c | d | e |
| 9. | a | b | c | d | e | 34. | a | b | c | d | e |
| 10. | a | b | c | d | e | 35. | a | b | c | d | e |
| 11. | a | b | c | d | e | 36. | a | b | c | d | e |
| 12. | a | b | c | d | e | 37. | a | b | c | d | e |
| 13. | a | b | c | d | e | 38. | a | b | c | d | e |
| 14. | a | b | c | d | e | 39. | a | b | c | d | e |
| 15. | a | b | c | d | e | 40. | a | b | c | d | e |
| 16. | a | b | c | d | e | 41. | a | b | c | d | e |
| 17. | a | b | c | d | e | 42. | a | b | c | d | e |
| 18. | a | b | c | d | e | 43. | a | b | c | d | e |
| 19. | a | b | c | d | e | 44. | a | b | c | d | e |
| 20. | a | b | c | d | e | 45. | a | b | c | d | e |
| 21. | a | b | c | d | e | 46. | a | b | c | d | e |
| 22. | a | b | c | d | e | 47. | a | b | c | d | e |
| 23. | a | b | c | d | e | 48. | a | b | c | d | e |
| 24. | a | b | c | d | e | 49. | a | b | c | d | e |
| 25. | a | b | c | d | e | 50. | a | b | c | d | e |



VISITA NUESTRA REVISTA

DERMATOLOGÍA PERUANA

REVISTA OFICIAL DE LA SOCIEDAD PERUANA DE DERMATOLOGÍA

INGRESA A:

www.dermatologiaperuana.pe

NÚMERO ACTUAL | NÚMEROS ANTERIORES | INFORMACIÓN PARA LOS AUTORES | ENVÍO DE MANUSCRITOS | ENLACES DE INTERÉS | EDUCACIÓN MÉDICA CONTÍNUA