

11201



Universidad Nacional Autónoma de México 18

Facultad de Medicina
División de Estudios Superiores

CURSO DE ESPECIALIZACION EN ANATOMIA PATOLOGICA
HOSPITAL GENERAL Dr. DARIO FERNANDEZ I.S.S.S.T.E.

FRECUENCIA Y CLASIFICACION DE LESIONES DE PIEL EN
EL MATERIAL QUIRURGICO (1974-1982)

T E S I S

Para obtener el Grado de
ESPECIALISTA EN ANATOMIA PATOLOGICA

Autor: MIGUEL OCTAVIO GAXIOLA GAXIOLA

Asesor: NURIA GISPERT CRUELLS

México D. F.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

Febrero de 1984





Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

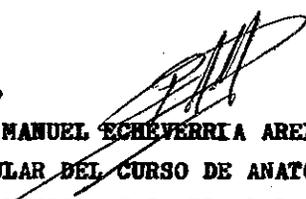
U N A M

I S S S T E

**FRECUENCIA Y CLASIFICACION DE LESIONES DE PIEL EN
EL MATERIAL QUIRURGICO (1974-1982)**

tesis: MIGUEL OCTAVIO GAXIOLA GAXIOLA

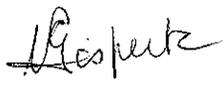
VoBo


**DR. MANUEL ECHEVERRIA ARELLANO
TITULAR DEL CURSO DE ANATOMIA
PATOLOGICA. H.G. DR. DARIO FER
NANDEZ FIERRO. ISSSTE.**

VoBo


**DR. ALFONSO SEPULVEDA
GUERRERO. Jefe De En-
señanza. HG. DR. DARIO
FERNANDEZ ISSSTE.**

VoBo


**DRA NURIA GISPERT CRUELLS
ANATOMOPATOLOGA, CORDINADORA
DE ENSEÑANZA Y ASESOR DE TE-
SIS. HG. DR DARIO FERNANDEZ,
ISSSTE.**

FRECUENCIA Y CLASIFICACION DE LESIONES DE PIEL EN EL
MATERIAL QUIRURGICO (1974-1982)

INDICE.

1. INTRODUCCION
2. TIPO DE ESTUDIO
3. MATERIAL Y METODOS
4. LESIONES PIGMENTADAS
5. CARCINOMA BASOCELULAR
6. CARCINOMA EPIDERMIDE
7. RESULTADOS
8. ANALISIS Y CONCLUSIONES
9. REFERENCIAS.

INTRODUCCION.

La piel, no es solamente una envoltura inerte, sino un órgano, complejo anatómico y funcional ligado a la fisiología y patología de todo el organismo.

Es el órgano más superficial y el que está más a la mano para la exploración, pero es también el más extenso y sus alteraciones no están desligadas de los procesos biológicos o de otros trastornos del organismo.

El campo de la dermatología es amplio y muy variado, padecimientos microbianos, virales, carenciales, degenerativos, tumorales, genéticos, metabólicos, inmunológicos y muchos de causa desconocida, pueden ser observados.

Se debe tomar en cuenta que la piel es un extenso órgano frontera y por lo tanto situado entre dos medios diferentes: uno interno y otro externo y sujeta a agresiones de ambos lados, de ahí que los motivos de enfermedad sean tan variados y vastos.

ANATOMIA DE LA PIEL. Su extensión es variable según la talla y complejión del individuo. Una persona de 70 Kg. que mide 1.70 M., está cubierta por 1.85 metros cuadrados de piel, con un volumen de 4000 cc. y de 2.2 mm. de espesor como promedio. Su peso es de 4200 G., que equivale al 6% del peso corporal. Contiene 1800 ml. de sangre, un 30% de la sangre total del organismo. Es pues el órgano más extenso y de mayor peso y volumen.

COLOR DE LA PIEL. El color de la piel varia según la cantidad de melanina y de algunos carotenos y de la vascularización existente, por lo cual podemos encontrar piel negra, blanca, amarilla y cobriza. El color sufre variaciones en el mismo individuo. Es más oscuro en la areola y el pezón, en las regiones genitales, en el abdomen y canaladura vertebral y es más claro en la cara anterior de los muslos, palmas y plantas.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

También existen variaciones topográficas de la contextura, grosor y aspecto de la piel. En los párpados es muy delgada y fina, en cambio en las palmas y sobre todo en las plantas es más gruesa y aspera. También hay variaciones con respecto al sexo y a la edad.

FANERAS. Se consideran los pelos y las uñas. El pelo cubre casi toda la superficie de la piel, excepto palmas y plantas, labios, pezones, ombligo y tercera falange de los dedos de las manos.

El pelo tiene variaciones, es más grueso en el hombre que en la mujer, más fino en el niño que en el adulto, más grueso en el negro y más grueso también en el pubis y axilas.

PH DE LA PIEL. La epidermis es ácida, su ph es de 5.5, mientras que la dermis es alcalina con un ph de 7 a 7.2. En la acidez de la epidermis influyen el CO₂ y los aminoácidos.

Las axilas, regiones genitales, oídos, palmas y plantas son menos ácidas (ventanas alcalinas) y también la piel de la mujer, del niño y del anciano tiende a la alcalinidad. La acidez es una importante defensa contra gérmenes. La inflamación alcaliniza la piel.

HISTOLOGIA DE LA PIEL. La piel se origina de dos capas embrionarias: el ectodermo forma la epidermis y el mesodermo a la dermis e hipodermis.

EPIDERMIS. Esta constituida por varias capas de células que forman en conjunto un epitelio poliestratificado.

Se compone de las siguientes capas:

1. estrato basal o germinativo
2. estrato espinoso o de Malpighii
3. estrato granuloso
4. estrato lúcido (solo se encuentra en palmas y plantas.)
5. estrato corneo.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

DERMIS. Está constituida por un armazón de tejido conjuntivo sobre el cual asientan los vasos, nervios y anexos de la piel.

El tejido conjuntivo está constituido por 3 clases de fibras: colágena que es la más abundante y las reticulares y elásticas. Estas fibras dan resistencia, cohesión y elasticidad a la piel.

La dermis se divide en 3 partes: La superficial o papilar, la media o corion y la dermis profunda.

HIPODERMIS. Se encuentra por debajo de la dermis profunda, se constituye principalmente a base de tejido adiposo, formando lóbulos separados por tabiques de tejido conectivo.

VASOS Y NERVIOS. Los vasos sanguíneos y linfáticos forman plexos uno subdérmico y otro subpapilar, existen arterias y venas, pero la mayor parte son capilares.

La inervación depende de los nervios autónomos para los vasos, músculo erector del pelo y glándulas sudoríparas (las sebáceas carecen de inervación) y también por nervios sensitivos procedentes del encéfalo y de la médula espinal, que forman terminaciones libres en la dermis e hipodermis y se agrupan en organelos especiales.

ANEXOS DE LA PIEL. Lo constituyen el complejo pilosebáceo, las glándulas sudoríparas y las uñas, todas formaciones epidérmicas situadas en la dermis, excepto las uñas.

El complejo pilosebáceo está formado por el folículo piloso, el pelo, el músculo erector y la glándula sebácea.

Las glándulas sudoríparas son de dos tipos: ecrinas y apocrinas. Las primeras son las más numerosas, sobre todo en palmas y plantas, frente y pecho.

Las apocrinas existen exclusivamente en la región anogenital, inguinal, axilas, pezones y ombligo.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

FUNCIONES DE LA PIEL:

- órgano de la estética
- órgano de protección
- órgano sensorial
- función de termorregulación
- regulación del equilibrio hidroelectrolítico
- función queratogena
- función sebacea
- función melanogena

TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN

LA BIOPSIA DE PIEL.

En dermatología el examen complementario más útil en la práctica por su sencillez y por la gran ayuda que puede prestar, es la biopsia de piel, que consiste en la toma de un fragmento de piel en el paciente vivo.

Para que este estudio sea óptimo se requiere reunir las siguientes condiciones:

1. INDICACIONES; Cualquier lesión cutánea puede ser biopsiada, pero es preferible hacerlo cuando los datos clínicos no son suficientes para integrar un diagnóstico, como sucede en algunas enfermedades ampollasas y algunos tumores, o en el caso del micetoma que se requiera determinar el agente causal, o con fines de enseñanza, investigación y para seguir la evolución de un tratamiento instituido.
2. SITIO Y TOMA DE LA BIOPSIA. La biopsia excisional (extirpación de toda la lesión) es el estudio idóneo ya que permite una mejor evaluación histopatológica, y siempre que sea posible deberá llevarse a cabo.

En los casos de lesiones muy extensas, la biopsia incisional deberá consistir de una parte de piel sana y otra de la zona afectada.

Es preferible tomar leiones maduras, evitando las muy antiguas o la muy nuevas, para poder encontrar las lesiones bien establecidas, pero en cambio en las lesiones ampollas es preferible que las lesiones no sean de más de 24 horas.

No son adecuadas aquellas lesiones complicadas con infección, secuelas de rascado o todo a lo que pueda ocultar lesiones básicas(cremas, pomadas, etc.)

3. **TECNICA.** El instrumental requerido es mínimo: bisturí o sacabocados, pinzas, material de sutura y de anestesia.

La anestesia deberá aplicarse lejos del lugar donde vaya ser tomada la biopsia.

La incisión debe ser en forma de huso y de mas o menos un centimetro de diámetro, y de una profundidad que incluya el tejido celular subcutaneo, sobre todo en los casos de eritema no so o tuberculosis nodular profunda.

MANEJO DE LA PIEZA BIOPSIADA. Es de gran importancia el cuidado de la pieza biopsiada, debe evitarse cualquier maniobra que pueda maltratarla, sobre todo el pinzamiento.

Se deberá colocar en un frasco que contenga fijador, generalmente formol al 10%, en cantidad suficiente para que cubra la pieza.

Es importante rotular el frasco con todos los datos de identificación del paciente.

Nunca se deberá olvidar acompañar la pieza quirúrgica con los principales datos del paciente como: nombre, edad, sexo, breve descripción de la dermatosis, sitio y tipo de la biopsia, y de ser posible la o las impresiones diagnósticas, ya que es quizás en las lesiones de piel donde el patólogo requiere de mayor información clínica.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

LIMITACIONES DEL ESTUDIO HISTOPATOLOGICO. El clínico no debe esperar que el patólogo resuelva todos sus problemas diagnósticos. En un buen número de los casos si el clínico no tiene un diagnóstico presuntivo, tampoco el patólogo podrá aportar algún diagnóstico - examinando solo un pedazo de piel.

No debe esperarse demasiado del patólogo ni tampoco despreciar su ayuda. Habrá casos en los que el diagnóstico sea totalmente -- histopatológico, como en los casos de tumores en donde el aspecto clínico es muy semejante; en algunos casos confirmará la impresión clínica, pero en otros reportará como lesión o "imagen compatible" con tal o cual entidad.

En ocasiones el reporte histopatológico sugiere otras posibilidades diagnósticas no pensadas por el clínico como serían los casos de padecimientos de tipo granulomatoso, parasitario, micótico o tuberculoso.

ALGUNOS TERMINOS DE USO FRECUENTE EN DERMATOPATOLOGIA.

Así como en dermatología clínica existen una serie de conceptos llamados lesiones elementales, como; mancha, pápula, pústula, roncha, etc., en dermatopatología se utilizan términos básicos, y a continuación se describen solo algunos de ellos:

ACANTOLISIS. Pérdida de coherencia entre células epidérmicas o epiteliales, causada por degeneración del cemento o de los puentes intercelulares, lo cual conduce a la formación de bulas, vesículas o lagunas en la epidermis. Se observa en la enfermedad de Darier, pénfigo familiar benigno, disqueratoma verrugoso, bulas de origen viral, queratosis solar y carcinoma epidermoide -- pseudoglandular.

ACANTOSIS. Aumento del grosor del estrato de Malpighii.

ANAPLASIA. Aspecto atípico de los núcleos como ocurre en las neoplasias malignas. Los núcleos anaplásicos son grandes, de forma-

irregular, hiperromáticos y presentan frecuentemente mitosis atípicas.

CARIORREXIS. Fragmentación de los núcleos con formación de polvo nuclear.

DISQUERATOSIS. Es la queratinización prematura y defectuosa que ocurre en forma individual en los queratinocitos. Existen dos tipos de disqueratosis, una ocurre en ciertas enfermedades acantolíticas y la otra en algunas neoplasias epidermicas.

ESPONGIOSIS. Aumento del espacio intercelular debido a edema de la epidermis. Se observa con frecuencia en los procesos inflamatorios.

ESTRATO DE MALPIGHI. Es la porción nucleada de la epidermis constituido por los estratos basal, espinoso y granular.

EXOCITOSIS. Presencia de células inflamatorias en la epidermis.

HIPERQUERATOSIS. Aumento del estrato corneo de la epidermis.

LAMINA BASAL. Capa homogénea compuesta de filamentos, que se extiende a todo lo largo de la parte inferior de las células basales de la epidermis, mide de 45-45 nm de espesor y solo es observable con microscopio electrónico.

MEMBRANA BASAL. Es visible con microscopio de luz, es PAS positiva, mide de 0.5 a 1 micra de espesor, el cual es 20 veces mayor que la lámina basal.

METACROMASIA. Las estructuras teñidas toman un color diferente del colorante utilizado.

METAPLASIA. Cambio de un tipo de tejido maduro por otro diferente también maduro.

PAPILOMATOSIS. Proliferación hacia arriba de las papilas subdermicas, produciendo una ondulación irregular de la superficie epidérmica.

PARAQUERATOSIS. Queratinización incompleta que se caracteriza por presencia de los nucleos en la capa cornea y se asocia a un desarrollo inadecuado o ausencia de la capa granular de la epidermis.

PLEOMORFISMO. Variación en el aspecto de los nucleos en un mismo tipo de células.

POLIMORFISMO. Presencia de diferentes tipos de células. Es común - en los procesos inflamatorios.

QUERATINOCITO. Nombre que reciben todas las células de la epidermis con excepción de las células dendríticas (Melanocito y células de Langerhans) que poseen la capacidad de formar queratina.

TEJIDO DE GRANULACION. Esta constituido por colágena de reciente formación, es de aspecto edematoso, existen gran cantidad de fibroblastos, yemas capilares, abundantes células inflamatorias a base de linfocitos, células plasmáticas y macrófagos.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

TIPO DE ESTUDIO :

DE REVISION

TRANSVERSAL

RETROSPECTIVO

MATERIAL Y METODOS.

Se revisaron los libros de reporte histopatológico del archivo de material quirúrgico del departamento de Anatomía Patológica del Hospital General Dr. Dario Fernández Fierro "ISSSTE" de un periodo de 9 años, comprendido de 1974-1982.

En este estudio se incluyeron todas las biosias de piel y las lesiones fueron clasificadas: para las lesiones tumorales y pseudotumorales de acuerdo a la clasificación de tumores de piel de la ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD, y para las lesiones no tumorales de acuerdo a LEVER., HISTOPATOLOGIA DE LA PIEL.

LESIONES PIGMENTADAS (NEVOS).

Son quizás las lesiones neoplásicas benignas más frecuentemente observadas en la clínica.

Estas lesiones derivadas de los melanocitos pueden estar compuestas ya sea por células névicas, melanocitos epidérmicos o por melanocitos dérmicos.

Clinicamente presentan grandes variaciones en tamaño, localización, forma y color. Pueden ser pequeños o alcanzar grandes dimensiones, pueden ser aplanados, cupuliformes, semiesféricos o de superficie verrugosa, sésiles o pediculados y en ocasiones pueden estar cubiertos de pelos (nevos pilosos).

Se les puede encontrar desde el nacimiento y ser hereditarios o aparecer en cualquier edad.

Los nevos compuestos de células névicas son llamados nevos nevocelulares y se dividen en tres tipos; 1) nevo de unión 2) nevo compuesto 3) nevo intradérmico.

Existen variantes especiales de los nevos nevocelulares y estos son; 1) nevo de células baloncoides 2) nevo de halo 3) melanoma juvenil benigno y 4) nevo gigante pigmentado congénito.

Los tumores benignos que se derivan de los melanocitos epidérmicos son; 1) léntigo simple 2) pecas 3) manchas melanóticas del síndrome de Albright 4) melanosis de Becker 5) léntigo senil 6) manchas café con leche de la neurofibromatosis.

Los tumores que se derivan de los melanocitos dérmicos, incluyen; 1) mancha mongólica 2) nevo de Ota y 3) nevo azul.

El melanoma maligno puede ser dividido en; 1) in situ, con sus 2 tipos a) léntigo maligno b) tipo pagetoide. 2) invasor, el cual puede originarse de un nevo nevocelular, del nevo gigante pigmentado congénito o, de un melanoma in situ.

Lo más común es observar melanomas originados como tales de novo.

Las variantes malignas del nevo azul son muy raras.

NEVOS NEVOCELULARES.

Se clasifican clínicamente en 5 tipos: 1) planos 2) elevados 3) papilomatoso 4) cupuliforme 5) pediculado.

Los tres primeros siempre son pigmentados y los dos últimos - pueden o no serlo.

El aspecto clínico de alguna manera permite predecir con ciertas excepciones el tipo histológico de la lesión; así las lesiones aplanadas frecuentemente son nevos de unión o léntigo simple; la mayoría de las lesiones elevadas y algunas de las papilomatosas generalmente son nevos compuestos y casi todas las cupuliformes y pedunculadas, representan nevos intradérmicos.

HISTOPATOLOGIA. Los nevos nevocelulares se componen de células névicas, las cuales son básicamente idénticas a los melanocitos, difieren de estos ya que las primeras toman un patrón en forma de acúmulos o nidos y no poseen procesos dendríticos, los cuales pueden ser mejor demostrados por tinciones de plata.

Las células névicas muestran considerables variaciones en su aspecto y generalmente se les reconoce más por su arreglo en acúmulos o nidos, que por sus características citológicas.

Cuando se localizan en la epidermis inferior o en la dermis superior, son células con aspecto epitelióide, de forma oval o cuboidal y poseen citoplasma bien definido y núcleo grande, oval o redondo. No es raro que contengan melanina.

En la dermis media usualmente son células más pequeñas y pueden semejar linfocitos y rara vez contienen melanina.

En la dermis inferior estas células semejan fibroblastos, por su aspecto elongado y su núcleo fusiforme, forman conglomerados a manera de bandas y poseen gran cantidad de melanina. Algunos autores han clasificado a las células névicas de la dermis superior, media e inferior, como células tipo A, B, y C respectivamente.

NEVOS DE UNION. Los nidos de células névicas se encuentran circunscritas a la epidermis inferior, en estrecho contacto con ella dando el aspecto en "gota que cae". La dermis superior en general está intacta, pero en ocasiones es posible ver nidos de células névicas libres en ella; poseen cantidades variables de melanina y es frecuente verla dentro de melanofagos. Como regla no existe infiltrado inflamatorio. El aspecto de las células en general es cuboide, pero pueden ser en ocasiones fusiformes.

NEVOS COMPUESTOS. Poseen las características de los nevos de unión y de los nevos intradérmicos.

NEVOS INTRADERMICOS. La dermis superior muestra nidos o cordones de células névicas, las cuales pueden ser multinucleadas, con núcleos de pequeño tamaño formando un patrón rosetoide o se colocan en el centro de estas células; la presencia de tales células gigantes se observa con mayor frecuencia en los nevos maduros y son tomados como evidencia de benignidad y son diferentes a las que se encuentran con frecuencia en el melanoma juvenil y en el melanoma maligno.

Cuando estas células névicas se encuentran en la dermis superior poseen cantidades moderadas de melanina, mientras que en la dermis media e inferior es raro encontrarla.

Algunos nevos intradérmicos muestran hiperqueratosis y papilomatosis, con perlas corneas y en ocasiones folículos pilosos, y rara vez células adiposas y espículas óseas y quizás esto último representa osificación secundaria al proceso inflamatorio; se han encontrado también cuerpos de psamoma y cuerpos hialinos.

HISTOGENESIS. El origen de las células névicas es controvertido y existen diversas opiniones al respecto:

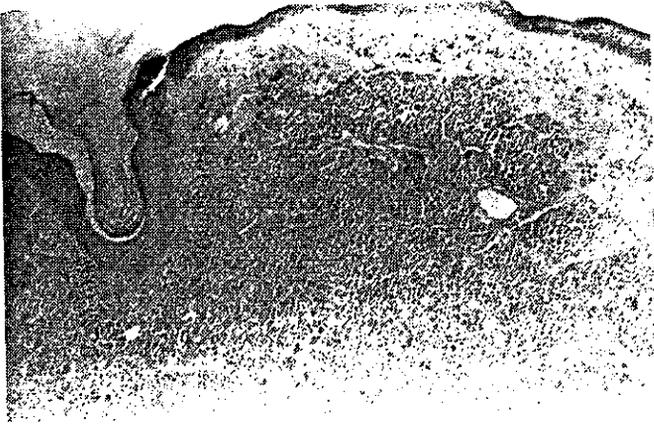
Masson opina que las células névicas de la dermis superior se originan de los melanocitos epidérmicos, mientras que los de la dermis inferior se originan de las células de Schwan.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

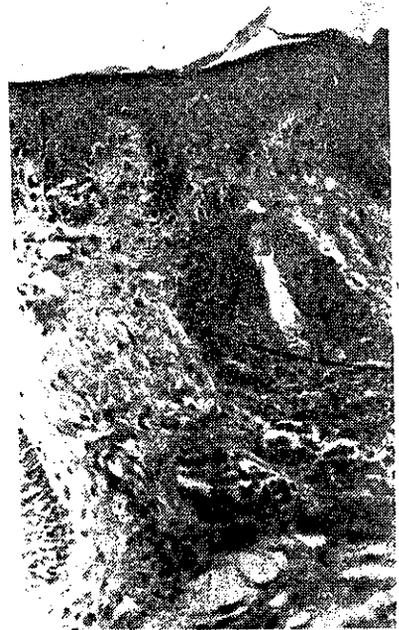
Tanto los melanocitos como las células de Schwan se originan de la cresta neural.

Por el contrario Mishima propone que el origen de las células névicas es un precursor primitivo llamado nevoblasto que se origina junto con los melanocitos y las células de Schwan en la cresta neural.

La conclusión actual parece ser que las células névicas son diferentes de las células de Schwan, pero idénticas a los melanocitos.



NEVO INTRADERMICO



NEVO DE UNION

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CARCINOMA BASOCELULAR.

Es el tumor maligno observado con mayor frecuencia por el dermatólogo. Aunque histológicamente se le clasifica como una neoplasia maligna, no lo es tanto en cuanto a su comportamiento clínico, ya que sus efectos generalmente son locales y excepcionalmente dan metástasis.

Se observa con mayor frecuencia en la mujer en proporción --- 3:1, y la edad de aparición generalmente después de los 50 años.

Guarda una relación estrecha con la exposición a las radiaciones solares y es frecuente observarlo en campesinos, marineros, etc.

En relación a su topografía el 90% se localiza de manera característica en la cara y preferentemente a nivel centrofacial y en sus dos tercios superiores.

Clinicamente existen 7 tipos de carcinoma basocelular:

- planocicatrízal y ulcerocicatrízal
- superficial o pagetoide
- ulcerado
- forma tumoral
- pigmentado
- morfeico o esclerodermiforme
- nodular

HISTOPATOLOGIA. Las células que constituyen esta neoplasia poseen un núcleo grande, oval o elongado y relativamente poco citoplasma y con límites poco definidos, dando el aspecto de una masa -- sincicial.

Las células del carcinoma basocelular son semejantes a las -- células del estrato basal de la epidermis en la forma de sus núcleos, pero difieren en que las primeras carecen de puentes intercelulares.

En general este tipo de neoplasias presentan pocas variaciones citológicas, tanto en su forma como en su tamaño; los núcleos son uniformes, no hay datos de anaplasia ni mitosis anormales.

El estroma de tejido conectivo prolifera con el tumor y se distribuye en bandas paralelas alrededor de las masas tumorales, existiendo una estrecha relación entre ambos.

Es frecuente observar en el estroma adyacente al tumor, fibroblastos jóvenes y dada la presencia de gran cantidad de mucopolisacáridos, adquiere un aspecto mucinoso que se tinte en forma metacromática.

Es poco frecuente ver células inflamatorias, excepto en los casos donde hay ulceración.

Desde el punto de vista histológico se clasifican en dos grupos:

-INDIFERENCIADOS

-DIFERENCIADOS

Los del segundo grupo pueden diferenciarse hacia anexos cutáneos (pelos, glándulas sebáceas, glándulas apócrinas o ecrinas).

No es fácil hacer una separación neta entre estos dos grupos, ya que los tumores indiferenciados pueden mostrar áreas de diferenciación y muchos de los diferenciados muestran áreas de falta de diferenciación.

Los carcinomas basocelulares que no muestran diferenciación son llamados sólidos. Los que presentan diferenciación hacia estructuras pilosas, se llaman queratóticos; hacia glándulas sebáceas, quísticos; y hacia glándulas apócrinas o ecrinas, reciben el nombre de adenoides.

Es frecuente en estas neoplasias todo tipo de combinaciones, incluyendo su contenido de melanina.

CARCINOMA BASOCELULAR DE TIPO SOLIDO.

Se le llama también de tipo primordial. Se compone de masas tumorales de varios tamaños y formas incluidas en la dermis.

En un 90% de los casos es posible observar conexiones entre las masas tumorales y la epidermis y ocasionalmente se pueden encontrar zonas del tumor en contacto con folículos pilosos.

Las células de la periferia del tumor frecuentemente presentan un arreglo en empalizada, mientras que las del interior toman un arreglo al azar.

Es frecuente en este tipo de tumor encontrar dos tipos de células: unas grandes con núcleo oval y otras pequeñas con núcleo elongado e hiper cromático.

CARCINOMA BASOCELULAR DE TIPO QUERATOTICO.

Se le llama también de tipo pilar. Presenta además de las células indiferenciadas, células paraqueratóticas y quistes corneos.

Las células paraqueratóticas poseen núcleos elongados y citoplasma ligeramente eosinófilo, en contraste con el citoplasma intensamente basófilo de las células indiferenciadas.

Estas células paraqueratóticas se colocan en forma de bandas o remolinos, o alrededor de los quistes corneos; estos últimos están compuestos de células totalmente queratinizadas y representan intentos de formación de estructuras pilosas.

En ocasiones esta variedad de tumor presenta grandes quistes corneos que es difícil diferenciarlo de tricocépitelioma y la formación de perlas corneas puede confundirse con carcinoma epidermoide.

CARCINOMA BASOCELULAR DE TIPO QUISTICO.

Presenta espacios quísticos en el centro de las masas tumorales, los cuales quizás sean formados por degeneración del centro del tumor o por diferenciación de las células de las partes centrales del tumor hacia glándulas sebáceas y subsecuentemente de integración, de manera semejante a como ocurre en las glándu--

las que eliminan totalmente su secreción.

Cuando la formación de quistes es debido a diferenciación sebacea, algunas células de la periferia de los quistes son vacuoladas o espumosas y presentan depósitos de lípidos dentro de la célula.

CARCINOMA BASOCELULAR DE TIPO ADENOIDE.

Forma estructuras tubulares que sugieren un patrón glandular.

Las células toman un patrón en forma de bandas entretrajidas o se colocan de manera radial alrededor de islotes de tejido conectivo dando un aspecto de "encaje". En ocasiones es posible encontrar la presencia de luces, rodeadas por células que le dan un aspecto secretor y en ocasiones se puede encontrar la presencia de una sustancia semejante al coloide o de un material granular fino amorfo, pero no se ha encontrado evidencia de actividad secretoria de las células de recubrimiento por medios histoquímicos y de manera semejante dada la poca diferenciación de las células, las reacciones histoquímicas para glándulas apocrinas o ecrinas han resultado negativas.

HISTOGENESIS.

El origen de los carcinomas basocelulares es controvertido y por lo tanto las opiniones al respecto por diferentes investigadores son variadas y no existe un acuerdo general.

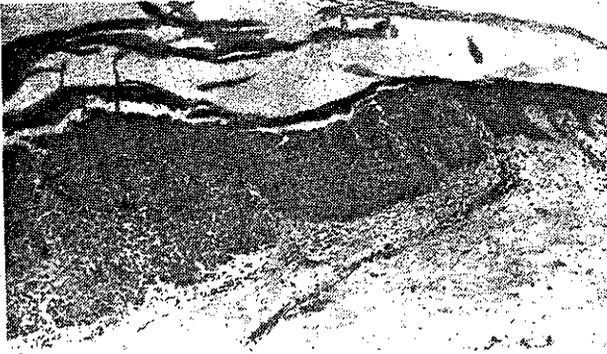
La primera descripción del carcinoma basocelular fue en 1903 por Krompecher y estableció una relación de este tumor con las células basales de la epidermis y este punto de vista es sostenido en años recientes por otros autores: Montgomery (1967) y Wheelock.

Geschickter opina que solo aquellas células basales que tienen capacidad para formar estructuras glandulares dan origen al carcinoma basocelular y sugirió el término de carcinoma de células de los anexos.

Según Mallory el carcinoma basocelular se origina de las células de la matriz del pelo.

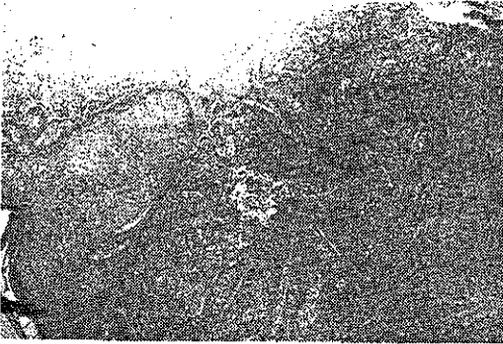
Foot en 1947 expresó que se originaban de primordios distorsionados de los anexos dérmicos y estableció que estos tumores imitan el desarrollo embrionario de cualquiera de los 3 tipos de -- primordios de los anexos: pelo, glándulas sebáceas y glándulas sudoríparas.

Otros autores como Adamson (1914), Wallace y Halport y Lever (1948) ponen en duda que se trate de una neoplasia maligna.

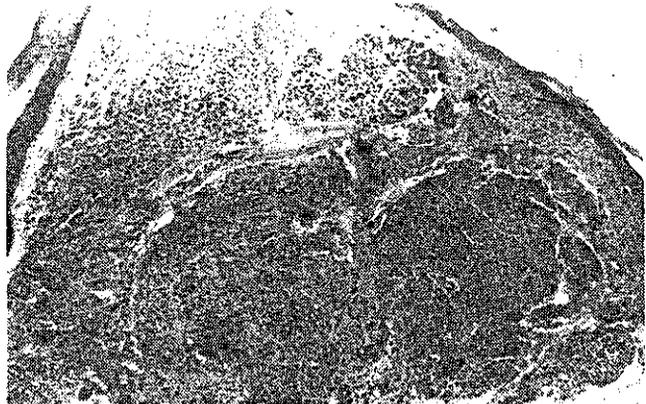


CARCINOMA

BASOCELULAR



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



CARCINOMA EPIDERMOIDE.

Su frecuencia es menor que la del carcinoma basocelular, predomina en el sexo masculino y en la quinta y sexta década de la vida.

Pueden aparecer en cualquier parte de la piel, pero es más frecuente a nivel de la cabeza y de esta en : labio inferior, piel--cabelluda, pabellones auriculares; otras localizaciones son las -regiones genitales y en las extremidades. Es raro que estas neo--plasias aparezcan en la piel sana y en general existe el antece--dente de exposición intensa al sol, como en la queratosis solar y en lesiones ulceradas crónicas con cicatrización torpida.

Clinicamente su morfología no es muy variada, en general aparecen como lesiones prominentes, bien limitadas, escavadas, no pigmentadas, de aspecto vegetante o como coliflor.

Su crecimiento es rápido y en pocos meses llegan a ser de gran tamaño y casi invariablemente dan metástasis a los ganglios regionales.

HISTOPATOLOGIA.

Consiste en masas irregulares de células epidérmicas que proliferan hacia abajo e invaden a la dermis.

El cuadro histológico es pleomorfo y con grados variables de diferenciación celular.

Los datos más característicos de malignidad son : variación en el tamaño y forma celular, hipercromatismo nuclear, ausencia de puentes intercelulares, queratinización individual de las células y mitosis atípicas.

La diferenciación de estas neoplasias guarda relación con su queratinización.

GRADUACION DEL CARCINOMA EPIDERMOIDE .

Brodens estableció una clasificación basada en el porcentaje de diferenciación(queratinización): Grado I, más del 75% de que-

ratinización ; Grado II más del 50%; Grado III más del 25%; y — Grado IV menos del 25%.

GRADOS DE CARCINOMA EPIDERMOIDE.

GRADO I: las células tumorales no han invadido el nivel por debajo de las glándulas sudoríparas. En algunas áreas se conserva intacta la capa basal en su periferia, pero en otras está totalmente desorganizada o falta, y en estas existe poca demarcación entre las células tumorales y el estroma subyacente.

Las células son predominantemente de tipo escamoso con puentes intercelulares y diferenciación hacia la formación de queratina. Existe cierto grado de atipia, buena cantidad de perlas corneas y alrededor de estas existen cordones de células parcialmente queratinizadas. La dermis muestra cierto grado de reacción inflamatoria y esta es más marcada cuando el carcinoma epidermoide se asocia a queratosis solar, que a las formas de mayor malignidad, fenómeno de respuesta inmunológica semejante a lo que ocurre en el melanoma maligno y en la micosis fungoide.

GRADO II. Existe poca demarcación entre las células neoplásicas y el estroma vecino. La queratinización es mucho menos aparente que en el grado I. Existen pocas perlas corneas y un buen número de las células son atípicas.

GRADO III. La queratinización no existe en muchas áreas. No hay perlas corneas. Es posible encontrar queratinización en pequeños grupos de células que poseen citoplasma eosinófilico, y pocos puentes intercelulares. Algunas células queratinizan en forma individual y estas células disqueratóticas son grandes, ovales, con citoplasma fuertemente eosinófilo y núcleo picnótico. La mayoría de las células son atípicas, las mitosis son frecuentes y muchas de ellas atípicas.

GRADO IV. La queratinización casi no existe, no hay puentes intercelulares. La mayoría de las células son atípicas. Es difícil de

hacer un diagnostico preciso cuando solo se observan campos aislados y puede confundir con melanoma, fibrosarcoma, particularmente en la variedad de carcinoma epidermoide fusocelular. Es importante en estos casos revisar múltiples cortes y hacer búsqueda intencionada de focos de queratinización y puentes intercelulares - para poder establecer el diagnostico de carcinoma epidermoide.

Este grado de carcinoma epidermoide ocurre raramente en la piel.

FRECUENCIA DE METASTASIS.

Depende en gran parte del tipo de piel y de la lesión en la cual se origina.

Como regla general los tumores que dan metástasis son altamente invasores , pero no necesariamente presentan marcada anaplasia, - sin embargo entre más anaplásico es un tumor, es más probable que de metástasis. Los ganglios linfáticos regionales son los sitios-primarios de metástasis.

HISTOGENESIS. En las áreas de invasión el carcinoma epidermoide -- muestra poca interacción entre las células tumorales y el estroma, falta de la membrana basal PAS positiva vista con microscopio de luz y ausencia parcial o completa de la lámina basal por microscopía electrónica . En la enfermedad de Bowen en la cual no existe invasión tumoral, la lámina basal también muestra discontinuidades que ponen en duda la hipótesis que la lámina basal es importante como factor de contención de la invasión hacia el tejido -- conectivo.

Con el microscopio electrónico se observa disminución del número de desmosomas, y en su lugar existen microvellosidades que se extienden hacia los espacios intercelulares. Estos desmosomas pueden ser vistos en el citoplasma de las células y no se sabe si esta localización sea debida a fagocitosis, evaginación o a una nueva producción por la célula.

La presencia de desmosomas intracitoplásmicos no es un dato patognomónico del carcinoma epidermoide, ya que pueden encontrarse-

en el queratoacantoma, enfermedad de Bowen y en varias proliferaciones no relacionadas con ellos.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL.

En los casos típicos es fácil el diagnóstico, pero en ocasiones es necesario hacer el diagnóstico con queratosis solar, hiperplasia, queratoacantoma y carcinoma basocelular.

Las diferencias entre el carcinoma epidermoide y la queratosis solar se basan más en el grado que en tipo de cambios. En ambas condiciones existen células atípicas con disqueratosis de células individuales y proliferación hacia la epidermis.

Sin embargo en el carcinoma epidermoide existe verdadera invasión hacia la dermis y estos grupos tumorales presentan perlas -- corneas. No existe por lo tanto una demarcación precisa entre estas 2 entidades y en ocasiones no es raro encontrar en los casos etiquetados como queratosis solar, en cortes subsecuentes la presencia de carcinoma epidermoide.

RESULTADOS.

	No. de casos	%
TOTAL DE QUIRURGICOS	20 298	100.00
TOTAL DE BIOPSIAS DE PIEL	781	3.84
TUMORES	593	76.00
INESPECIFICOS	109	14.00
NO TUMORES	79	10.00

TUMORES	593	100.00
BENIGNOS	542	91.1
MALIGNOS	45	7.6
LESIONES PREMALIGNAS	6	1.0

CLASIFICACION DE LOS TUMORES DE LA PIEL

(OMS)

I. TUMORES EPITELIALES Y LESIONES PSEUDOTUMORALES	324	54.6
II. TUMORES Y LESIONES DEL SISTEMA MELANOGENO.....	130	22.0
III. TUMORES Y LESIONES PSEUDOTUMORALES DE LOS TEJIDOS BLANDOS	126	21.2
IV. ENFERMEDADES Y LESIONES PRECANCEROSAS.....	6	1.1
V. TUMORES METASTASICOS	4	0.6
VI. TUMORES Y LESIONES PSEUDOTUMORALES DE LOS..... TEJIDOS HEMATOPOYETICO Y LINFOIDE	3	0.5

TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN

	No.de casos	%
TUMORES MALIGNOS	45	100.00
I. TUMORES EPITELIALES	35	77.8
II. TUMORES DEL SISTEMA MELANOGENO.....	5	11.1
III. TUMORES METASTASICOS	4	8.9
IV. TUMORES DEL SISTEMA HEMATOPOYETICO..... Y LINFOIDE	1	2.2
TUMORES EPITELIALES MALIGNOS	35	100.00
CARCINOMA BASOCELULAR.....	22	62.9
CARCINOMA EPIDERMOIDE	11	31.5
ENFERMEDAD DE PAGET(MAMARIA).....	1	2.8
CARCINOMA INDIFERENCIADO.....	1	2.8
TUMORES DEL SISTEMA MELANOGENO	5	100.00
MELANOMA	5	100.00
TUMORES METASTASICOS	4	100.00
CARCINOMA DUCTAL INFILTRANTE.....	3	75.00
CARCINOMA EPIDERMOIDE.....	1	25.00
TUMORES DEL SISTEMA HEMATOPOYETICO	1	100.00
Y LINFOIDE		
MICOSIS FUNGOIDE.....	1	100.00

	No de casos	%
I. TUMORES EPITELIALES Y LESIONES PSEUDOTUMORALES	324	100.00
A. QUISTES	172	53.1
B. LESIONES EPITELIALES PSEUDOTUMORALES.....	78	24.1
C. CARCINOMA BASOCELULAR	22	6.8
D. TUMORES DEL FOLICULO PILOSO.....	21	6.5
E. TUMORES DE LAS GLANDULAS SUDORIPARAS Y LESIONES APINES	13	4.0
F. CARCINOMA ESPINOCELULAR.....	11	3.4
G. LESIONES DE LAS GLANDULAS SEBACEAS.....	5	1.5
H. ENFERMEDAD DE PAGET MAMARIA.....	1	0.3
I. CARCINOMA INDIFERENCIADO.....	1	0.3
II. TUMORES Y LESIONES DEL SISTEMA MELANOGENO	130	100.00
A. BENIGNOS (NEVOS).....	122	93.8
B. MALIGNOS (MELANOMA).....	5	3.9
C. LESIONES PIGMENTADAS..... NO TUMORALES	3	2.3

	No de casos	%
III. TUMORES Y LESIONES PSEUDOTUMORALES DE LOS TEJIDOS BLANDOS	126	100.00
A. TUMORES DEL TEJIDO FIBROSO	67	53.2
1. LESIONES PSEUDOTUMORALES	39	58.2
2. BENIGNOS	28	41.8
B. TUMORES DE LOS VASOS SANGUINEOS	32	25.3
C. TUMORES DE LOS NERVIOS PERIFERICOS	14	11.1
D. TUMORES DE LOS VASOS LINFATICOS.....	3	2.4
E. LESIONES XANTOMATOSAS PSEUDOTU- MORALES	3	2.4
F. TUMORES DEL TEJIDO ADIPOSO.....	3	2.4
G. OTROS TUMORES Y LESIONES PSEUDO- TUMORALES	4	3.2
IV. ENFERMEDADES Y LESIONES PRECANCEROSAS.....	6	100.00
A. QUERATOSIS SENIL	3	50.00
B. DERMATOSIS POR RADIACION	1	16.7
C. ENFERMEDAD DE BOWEN	1	16.7
D. ERITROPLASIA DE QUEYRAT	1	16.7

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

	No de casos	%
V. TUMORES METASTASICOS	4	100.00
A. CARCINOMA DUCTAL INFILTRANTE.....	3	75.00
B. CARCINOMA EPIDERMOIDE	1	25.00
VI. TUMORES Y LESIONES TUMORALES DE	3	100.00
LOS TEJIDOS HEMATOPOYETICO Y LINFOIDE		
A. MICOSIS FUNGOIDE	1	33.3
B. URTICARIA PIGMENTOSA	1	33.3
C. HISTIOCIITOSIS(ENFERMEDAD DE LETTE	1	33.3
RER-SIWE)		
A. QUISTES.....	172	100.00
1. QUISTES QUERATINOSOS		
a) QUISTE EPIDERMICO (QUISTE DE INCLUSION .	154	89.5
EPIDERMICA)		
b) QUISTE PILOSO(QUISTE SEBACEO).....	13	6.4
c) QUISTE DERMOIDE.....	6	3.5
d) QUISTE PILAR	1	0.6

	No de CASOS	%
B. LESIONES EPITELIALES PSEUDOTUMORALES	78	100.00
1. LESIONES VIRALES	33	42.3
a) CONDILOMA ACUMINADO	17	51.5
b) VERRUGA VULGAR	10	30.3
c) MOLUSCO CONTAGIOSO.....	6	18.2
2. QUERATOSIS SEBORREICA	17	21.8
3. HAMARTOMAS	16	20.5
a) NEVO VERRUGOSO		
4. QUERATOACANTOMA	6	7.7
5. QUERATOSIS ESCAMOSA BENIGNA	5	6.4
(PAPILOMA QUERATOSICO)		
6. OTROS	1	1.3
a) DISQUERATOSIS FOLICULAR AISLADA (DISQUERATOMA VERRUGOSO)		
C. CARCINOMA BASOCELULAR	22	100.00
a) SOLIDO	7	32.0
b) PIGMENTADO.....	5	22.7
c) SOLIDO ULCERADO	3	13.6
d) ADENOIDE	2	9.1
e) MULTICENTRICO	2	9.1
f) ADENOIDE QUISTICO ULCERADO	1	4.5
g) QUERATOSICO	1	4.5
h) QUISTICO	1	4.5

	No de casos	%
D. TUMORES DEL FOLICULO PILOSO	21	100.00
1) PILOMATRIXOMA (EPITELIOMA CALCIFICANTE. DE MALHERBE)	19	90.4
2) TRICOFOLICULOMA	1	4.8
3) TRICOEPITELIOMA	1	4.8
E. TUMORES DE LAS GLANDULAS SUDORIPARAS	13	100.00
Y LESIONES AFINES		
1) ESPIROADENOMA ECRINO	5	38.4
2) SIRINGOMA	2	15.4
3) SIRINGO CISTOADENOMA PAPILIFERO	1	7.7
4) CILINDROMA	1	7.7
5) HIDROADENOMA	1	7.7
6) CILINDROMA ECRINO	1	7.7
7) HIDROADENOMA QUISTICO	1	7.7
8) MACROSPIROMA ECRINO	1	7.7
F. CARCINOMA ESPINOCELULAR (EPIDERMOIDE)	11	100.00
G. LESIONES DE LAS GLANDULAS SEBACEAS	5	100.00
1) NEVO SEBACEO DE JADASSOHN	5	
H. ENFERMEDAD DE PAGET (MAMARIA)	1	100.00
I. CARCINOMA INDIFERENCIADO	1	100.00

	No de casos	%
TUMORES Y LESIONES DEL SISTEMA MELANOGENO	130	100.00
A. BENIGNOS (NEVOS).....	122	93.8
1) NEVO INTRADERMICO	106	86.9
2) NEVO DE UNION	10	8.2
3) NEVO AZUL	3	2.5
4) NEVO COMPUESTO	2	1.6
5) NEVO AZUL CELULAR	1	0.8
B. MALIGNOS (MELANOMA)	5	3.9
C. LESIONES PIGMENTADAS NO TUMORALES	3	2.3
TUMORES Y LESIONES PSEUDOTUMORALES	126	100.00
DE LOS TEJIDOS BLANDOS		
A. TUMORES DEL TEJIDO FIBROSO	67	53.2
1) LESIONES PSEUDOTUMORALES	39	58.2
a) POLIPO FIBROSO CUTANEO(MOLLUSCUM PENDULUM, PAPILOMA FIBROEPITELIAL)	32	82.00
b) CICATRIZ QUELOIDE	7	18.00
2) BENIGNOS.....	28	41.8
a) DERMATOFIBROMA(HISTIOCTOMA, HEMAN GIOMA ESCLEROSANTE) ..	24	85.7
b) FIBROMA.....	4	14.3

	No de casos	%
TUMORES DE LOS VASOS SANGUINEOS	32	100.00
1) BENIGNOS	32	
a) HEMANGIOMA MIXTO.....	10	31.3
b) HEMANGIOMA CAPILAR(HEMANGIOMA JUVENIL)....	5	15.6
c) GRUPO DE LOS TUMORES GLOMICOS.....	5	15.6
1) TUMOR GLOMICO.....	4	80.0
ii) ANGIOMIOMA	1	20.0
d) HEMANGIOMA TIPO TEJIDO DE GRANULACION..... (GRANULOMA PIOGENO)	4	12.5
e) HEMANGIOMA CAVERNOSO	4	12.5
f) ANGIOQUERATOMA.....	1	3.1
g) HEMANGIOPERICITOMA.....	1	3.1
h) ANGIOFIBROMA	1	3.1
i) HEMANGIOLINFANGIOMA CAPILAR	1	3.1
 TUMORES DE LOS NERVIOS PERIFERICOS	14	100.00
1) BENIGNOS	14	
a) NEUROFIBROMA	14	
 TUMORES DE LOS VASOS LINFATICOS.....	3	100.00
1) BENIGNOS		
a) LINFANGIOMA	2	66.7
b) LINFANGIOHEMANGIOMA	1	33.3

	No de CASOS	%
TUMORES DEL TEJIDO ADIPOSEO	3	100.00
1. BENIGNOS		
a) ANGIOLIPOMA	2	66.7
b) LIPOMA	1	33.3
LESIONES KANTOMOSAS PSEUDOTUMORALES.....	3	100.00
1. FIBROXANTOGRANULOMA.....	2	66.7
2. FIBROXANTOMA.....	1	33.3
OTROS TUMORES Y LESIONES PSEUDOTUMORALES.....	4	100.00
1. OSTEOMA CUTANEO	1	25.0
2. HIPERTRICOSIS LOCALIZADA.....	1	25.0
3. CUERNO CUTANEO	1	25.0
4. PISTULA ARTERIOVENOSA	1	25.0

	No de casos	%
LESIONES NO TUMORALES	79	100.00
I. ENFERMEDADES DEL TEJIDO CONECTIVO	20	25.3
II. ENFERMEDADES ERITEMATOSAS, PAPULOSAS..... Y ESCAMOSAS NO INFECCIOSAS	13	16.5
III. ENFERMEDADES METABOLICAS	10	12.7
IV. ENFERMEDADES BACTERIANAS	7	8.9
V. ENFERMEDADES VESICULOSAS Y BULOSAS..... NO INFECCIOSAS	6	7.6
VI. ENFERMEDADES CONGENITAS (GENODERMATOSIS).	5	6.3
VII. ENFERMEDADES VASCULARES	5	6.3
VIII. ENFERMEDADES INFLAMATORIAS DEL TEJIDO.... ADIPOSO SUBCUTANEO	4	5.0
IX. ENFERMEDADES POR HONGOS.....	3	3.8
X. ERUPCIONES DEBIDAS A DROGAS	2	2.5
XI. ENFERMEDADES INFLAMATORIAS DEBIDAS A AGENTES FISICOS Y SUSTANCIAS EXTRAÑAS	2	2.5
XII. ENFERMEDADES DEGENERATIVAS.....	1	1.3
XIII. ENFERMEDADES CAUSADAS POR VIRUS.....	1	1.3
I. ENFERMEDADES DEL TEJIDO CONECTIVO	20	100.00
A. ESCLERODERMIA	10	50.00
1. SISTEMICA	6	60.0
2. MORFEA	4	40.0
B. LUPUS ERITEMATOSO.....	8	40.0
1. DISCOIDE.....	6	75.0
2. SISTEMICO	2	25.0
C. DERMATOMIOSITIS.....	1	5.0
D. SJÖGREN.....	1	5.0

	No de casos	%
II. ENFERMEDADES ERITEMATOSAS, PAPULOSAS Y ESCAMOSAS NO INFECCIOSAS	13	100.00
A. PSORIASIS	6	46.1
1. GENERALIZADA PUSTULOSA.....	4	66.7
2. VULGARIS.....	1	16.6
3. LOCALIZADA	1	16.6
B. PRURIGO NODULAR.....	3	23.1
C. PARAPSORIASIS	2	15.4
D. LIQUEN PLANO	2	15.4
III. ENFERMEDADES METABOLICAS.....	10	100.00
A. TOFO GOTOSO	4	40.0
B. LIQUEN AMILOIDOSO.....	2	20.0
C. DEGENERACION COLOIDE DE MILLIUM.....	1	10.0
D. CALCINOSIS CUTIS.....	1	10.0
E. ESCLEREDEMA DE BUSCHKE	1	10.0
F. HEMOCROMATOSIS.....	1	10.0
IV. ENFERMEDADES BACTERIANAS.....	7	100.00
A. TUBERCULOSIS CUTANEA.....	5	71.4
B. PIODERMA GANGRENOSO.....	1	14.3
C. LEPRO LEPROMATOSA	1	14.3

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

	No.de casos	%
V. ENFERMEDADES VESICULOSAS Y BULOSAS..... NO INFECCIOSAS	6	100.00
1. LIQUEN SIMPLE CRONICO.....	2	33.2
2. PENFIGO VULGARIS.....	1	16.7
3. DERMATITIS POR CONTACTO CRONICO.....	1	16.7
4. DERMATITIS EXPOLIATIVA SUBAGUDA..... GENERALIZADA	1	16.7
5. ERITRODERMIA GENERALIZADA.....	1	16.7
VI. ENFERMEDADES CONGENITAS (GENODERMATOSIS).....	5	100.00
1. INCONTINENTIA PIGMENTI.....	1	20.00
2. CUTIS HIPERELASTICA	1	20.00
3. ACROQUERATOSIS VERRUCIFORME.....	1	20.00
4. URTICARIA PIGMENTOSA	1	20.00
5. PSEUDOKANTOMA ELASTICO	1	20.00
VII. ENFERMEDADES VASCULARES.....	5	100.00
1. VASCULITIS ALERGICA(PURPURA ANAFILACTOIDE. DE HENOCHE-SCHÖNLEIN)	2	40.0
2. PURPURA CRONICA PIGMENTOSA(ECCEMATOIDE DE. DOUKAS Y KAPETANAKIS)	1	20.0
3. VASCULITIS AGUDA	1	20.0
4. VASCULITIS LEUCOCITOCLASTICA	1	20.0
VIII. ENFERMEDADES INFLAMATORIAS DEL TEJIDO..... ADIPOSO SUBCUTANEO	4	100.00
1. ERITEMA NODOSO	2	50.0
2. ERITEMA INDURADO DE BAZIN	2	50.0

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

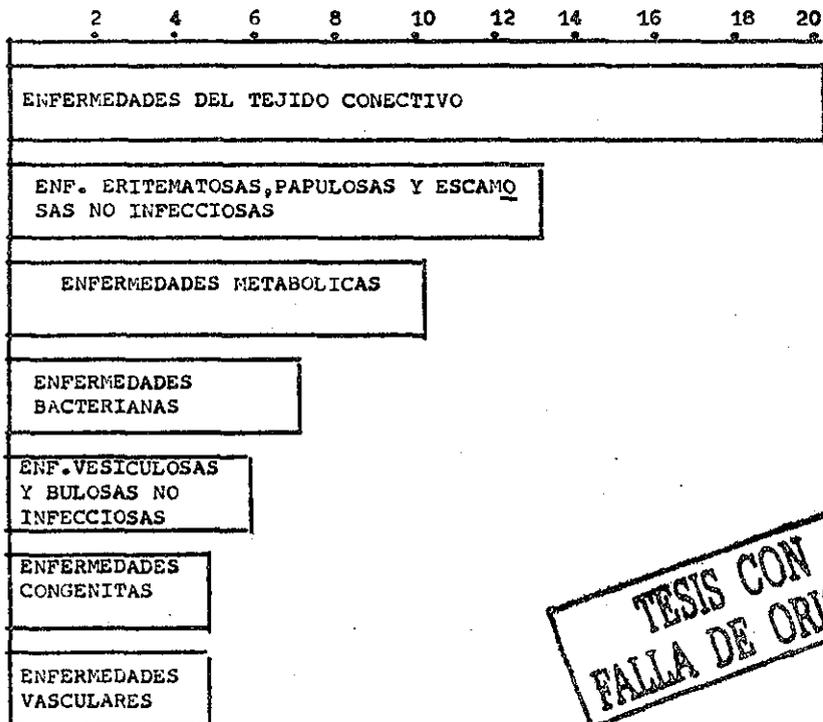
	No. de casos	%
IX. ENFERMEDADES POR HONGOS.....	3	100.00
1. BLASTOMICOSIS.....	1	33.3
2. ACTINOMICOSIS	1	33.3
3. TIÑA VERSICOLOR.....	1	33.3
X. ERUPCIONES DEBIDAS A DROGAS	2	100.00
1. REACCION A LA HIDRALAZINA.....	1	50.0
2. ERITEMA PIGMENTARIO FIJO A DROGAS	1	50.0
XI. ENFERMEDADES INFLAMATORIAS DEBIDAS A	2	100.00
AGENTES FISICOS Y SUSTANCIAS EXTRAÑAS		
1. PICADURA DE ARTROPODO.....	1	50.0
2. DERMATITIS ACTINICA(SOLAR).....	1	50.0
XII. ENFERMEDADES DEGENERATIVAS	1	100.00
1. DERMATOPATIA DIABETICA		
XIII. ENFERMEDADES CAUSADAS POR VIRUS	1	100.00
1. HERPES SIMPLE		

**ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA**

FRECUENCIA Y CLASIFICACION DE LESIONES DE PIEL

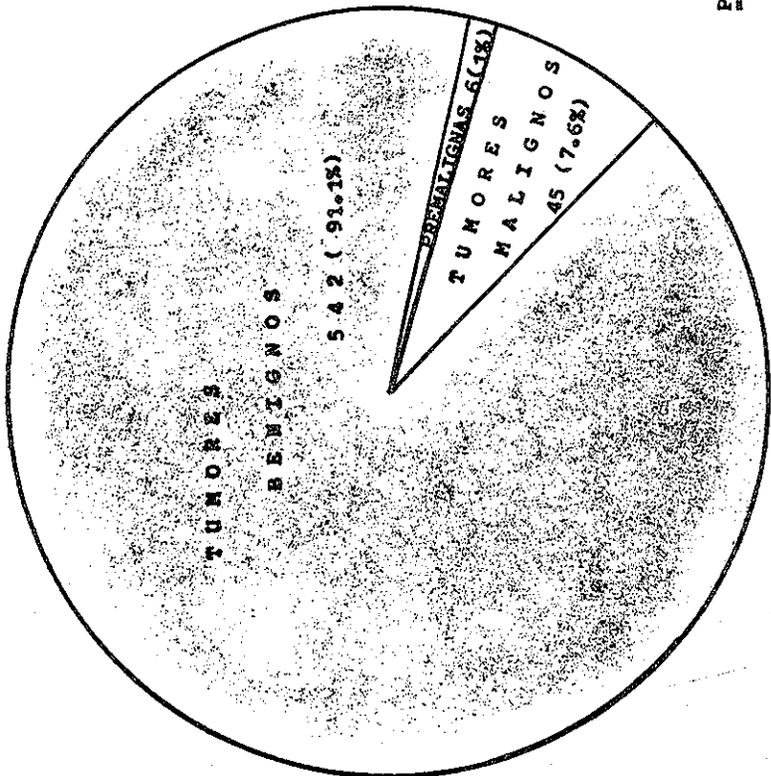
LESIONES NO TUMORALES : 79

No DE CASOS



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

FRECUENCIA Y CLASIFICACION DE LESIONES DE PIEL

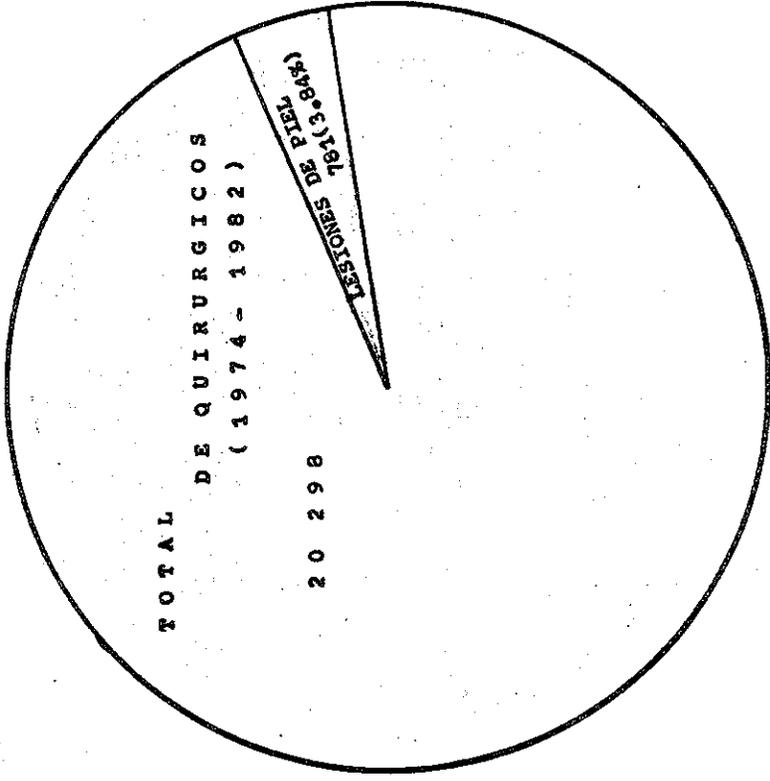


PATOLOGIA

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

FRECUENCIA Y CLASIFICACION DE LESIONES DE PIEL

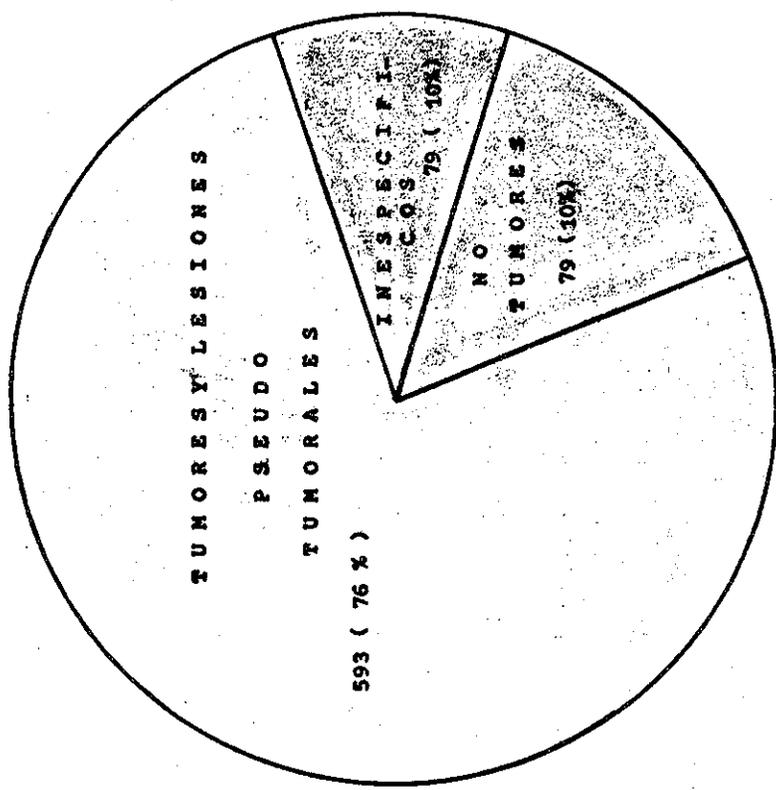
PATOLOGIA



TESIS CON FALLA DE ORIGEN

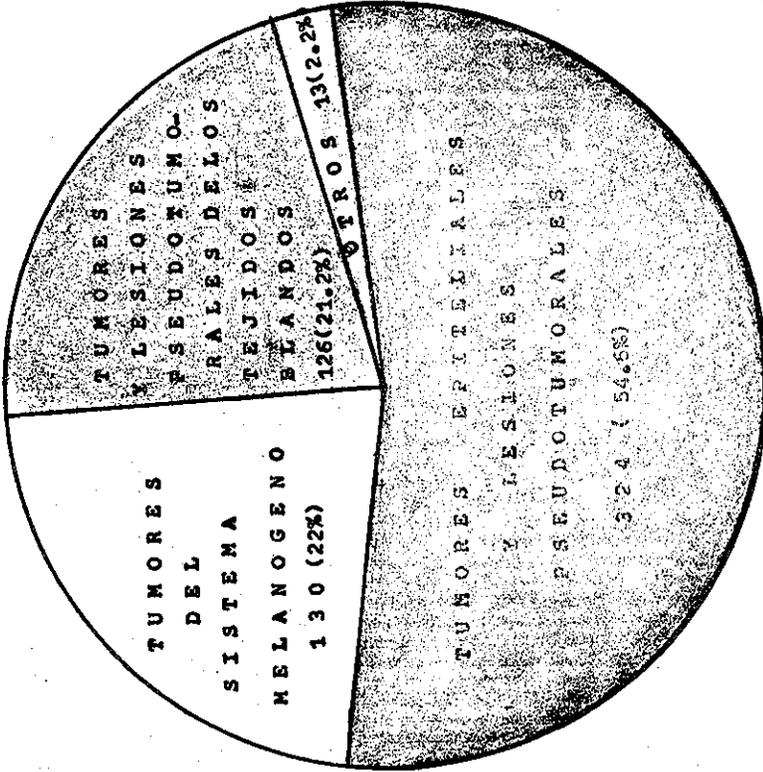
FRECUENCIA Y CLASIFICACION DE LESIONES DE PIEL

PATOLOGIA
DERMATOLÓGICA



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

FRECUENCIA Y CLASIFICACION DE LESIONES DE PIEL



PATOLOGIA

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

ANALISIS Y CONCLUSIONES.

En el material quirúrgico revisado se encontró un total de 20 298 reportes de los cuales 781 (3.84%), correspondieron a biopsias de piel.

Fueron 593 tumores (76%), 109 lesiones inespecíficas(14%), y 79 lesiones no tumorales (10%).

De las lesiones tumorales, 542(91.1%) fueron benignas, 45 (7.6%) fueron malignas, y 6 (1%) fueron premalignas.

Los tumores epiteliales y lesiones pseudotumorales ocuparon el primer lugar con 324 casos(54.6%); el segundo lugar - correspondió a los tumores y lesiones del sistema melanógeno con 130 casos (22%) y el tercero para los tumores y lesiones pseudotumorales de los tejidos blandos con 126 casos (21.2%).

De los tumores epiteliales benignos los más frecuentes -- fueron los quistes con 172 casos (53.1%) y de los tumores -- epiteliales malignos el más frecuente fué el carcinoma basocelular con 22 casos (6.8%).

Un grupo importante de lesiones que ocupó el segundo lugar en frecuencia y que fueron clasificadas como inespecíficas, comprende a todas aquellas lesiones que desde el punto de vista morfológico no se pudo establecer un diagnóstico -- preciso, y fueron reportadas ya sea descriptivas o como "compatibles con tal o cual lesión".

De 79 lesiones no tumorales, 20 correspondieron a enfermedades del tejido conectivo (25.3%), con 10 casos de esclerodermia(50%), y 8 casos de lupus eritematoso(40%). El segundo lugar lo ocuparon las enfermedades eritematosas, papulosas y escamosas no infecciosas con 13 casos (16.5 %) y de éstas 6 casos fueron de Psoriasis(46.1%)

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

A pesar de que el presente estudio no hace una comparación de frecuencia de las lesiones de piel en relación a las diferentes áreas de la patología quirúrgica, se puede concluir lo siguiente:

- I. LA FRECUENCIA DE LESIONES DE PIEL QUE FUERON ESTUDIADAS - DESDE EL PUNTO DE VISTA HISTOPATOLOGICO, OCUPA UN LUGAR-- IMPORTANTE EN PATOLOGIA QUIRURGICA.
- II. ES NECESARIO QUE SE REUNAN EN LA MEDIDA POSIBLE LOS REQUISITOS BASICOS EN EL ESTUDIO DE LA BIOPSIA DE PIEL COMO SON: INDICACION PRECISA DE LA BIOPSIA, SELECCION DEL SITIO DE LA TOMA Y TIPO DE BIOPSIA, TECNICA Y MANEJO DE LA PIEZA QUIRURGICA, UNA ADECUADA INFORMACION CLINICA DEL CASO Y - CONOCER LAS LIMITACIONES DEL ESTUDIO HISTOPATOLOGICO.
- III. EL PATOLOGO ES UN AUXILIAR DEL MEDICO CLINICO EN EL DIAGNOSTICO, YA QUE ES ESTE EL QUE ESTA ESTUDIANDO A TODO UN PACIENTE, EN CAMBIO EL PATOLOGO SOLO ESTUDIA UNA PARTE Y EN OCASIONES MUY PEQUEÑA DE EL.
- IV. ES IMPORTANTE UNA ADECUADA INTERACCION CLINICO-PATOLOGO - PARA TRATAR DE OBTENER EN EL MAYOR NUMERO DE LOS CASOS UN DIAGNOSTICO PRECISO Y BRINDAR UN MEJOR MANEJO AL PACIENTE.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

REFERENCIAS.

1. Broders, A.C. (REFERENCIA EN 6, Pag. 477.)
2. CLASIFICACION INTERNACIONAL DE TUMORES. Tipos histologicos de tumores de la piel. ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD, - 1975.
3. Edmunson, W.F., Microscopic grading of cancer and its practical implication. Arch. Derm. Syph., 57: 141,1948.
4. Foot, H.C., Adnexal carcinoma of the skin. Am. J. Path.,23:1, 1947.
5. Krompecher, E. (tomado de ref. 6 pag 549)
6. Lever, W.F., Histopathology of the skin, 5g. Ed., 1975. J.B. Lippincott Co. Pags: 537-551; 476-481; 646-652.
7. Masson P. (Tomado de Ref. 1, pag. 651).
8. Masson P. My conception of cellular nevi. Cancer,4:9,1951.
9. Mishima, Y. Macromolecular changes in pigmentary disorders. Arch. dermat. 91: 519, 1965.
10. Pinkus, H., and Mehregan, A.H., A guide to dermatohistopathology. Pag. 642. New York, Appleton-Century-Crofts, 1969.
11. Reidbord, H.E., Ultraestructural study of basal cell carcinoma and its variants with comments on histogenesis. Arch. - Derm., 104: 132,1971.
12. SAUL, C.A. LECCIONES DE DERMATOLOGIA. 4g ed. 1976. Pags# 5-35; 258-276. FRANCISCO MENDEZ CERVANTES, EDITOR, MEXICO D.F.

TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN