

11234



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA
SECRETARIA DE SALUD
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
HOSPITAL GENERAL DE MEXICO
SERVICIO DE OFTALMOLOGIA

5.2
29

ALTERACIONES CONJUNTIVALES EN NIÑOS CON PRURIGO ACTINICO

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE: ESPECIALIDAD EN OFTALMOLOGIA

P R E S E N T A :

DRA. YIRA MENDEZ ARELLANO

ASESOR: DR. MARIO MAGAÑA GARCIA

MEXICO, D. F.

FEBRERO DE 1998

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

267167



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

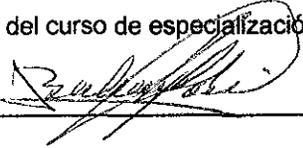
Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

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.

ESTA TESIS QUEDÓ REGISTRADA EN LA DIRECCIÓN
DE INVESTIGACIÓN Y ENSEÑANZA DEL
HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO
CON LA CLAVE 96/10/2/03/096
EL 28 DE NOVIEMBRE DE 1996.

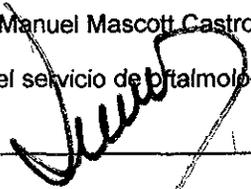
Dr. Juan I. Babayan Mena

Profesor titular del curso de especialización en oftalmología



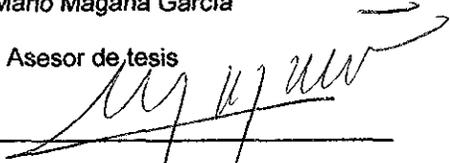
Dr. Manuel Mascott Castro

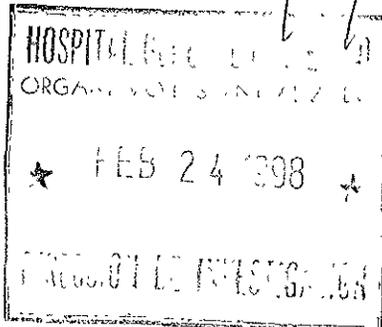
Jefe del servicio de oftalmología



Dr. Mario Magaña García

Asesor de tesis





AGRADECIMIENTOS

A MIS PADRES

Por darme tan valiosa herencia y un gran ejemplo como profesionales.

A MIS HERMANOS

Por su apoyo y comprensión.

A MI ESPOSO

Por la paciencia y el apoyo para la culminación de esta etapa de mi vida.

A MI FAMILIA

Por su confianza y apoyo.

A MIS MAESTROS

Por sus enseñanzas.

A MIS COMPAÑEROS

Por compartir esta etapa de sus vidas.

ÍNDICE

| | Pág. |
|----------------------------|------|
| INTRODUCCIÓN | 3 |
| PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA | 5 |
| JUSTIFICACIÓN | 5 |
| HIPÓTESIS | 6 |
| OBJETIVOS | 6 |
| POBLACIÓN Y MUESTRA | 7 |
| DEFINICIÓN DE VARIABLES | 8 |
| PROCEDIMIENTO | 10 |
| RESULTADO | 12 |
| TABLAS | 13 |
| DISCUSIONES | 15 |
| BIBLIOGRAFÍA | 17 |

INTRODUCCIÓN

ANTECEDENTES

El prurigo actínico, antiguamente llamado dermatitis solar, es una de las dermatosis crónicas que se presenta con mayor frecuencia en la niñez. Está condicionada por una reacción anormal a la luz solar (luz ultravioleta de onda media, onda larga y luz visible); se manifiesta en ambos sexos, aunque algunos autores refieren que es más frecuente en mujeres que en hombres con relación 2:1 o 4:1, y el grupo de edad en que se inicia es entre los 6 y 8 años de edad. Afecta a todas las razas, pero principalmente a los indios americanos (Canadá y los Estados Unidos) y de Latinoamérica.

Tiene una incidencia de 3.5% a 5% en México, siendo mayor en mestizos. Es común observar la dermatosis en personas que tienen una dieta pobre en proteínas y de piel morena clara. Aparece durante todo el año y en los países comprendidos entre los 8 y 38 grados de latitud norte y sur respectivamente, así como en aquellos de mayor altitud (más de 1200 metros sobre el nivel del mar).

La topografía es evidente en sitios expuestos a las radiaciones lumínicas como frente, mejillas, dorso de la nariz (en mariposa), pabellones auriculares, "V" del escote, caras externas de los brazos, antebrazos, dorso de las manos y los pies; respeta los párpados superiores, el área situada por debajo de la nariz y la región mentoniana; es bilateral y simétrica (1, 2). Se caracteriza por presentar pápulas pequeñas de 2 a 3 mm, en algunas ocasiones mayores, cubiertas parcialmente con costras hemáticas, las cuales pueden confluir y dar lugar a la formación de placas de tamaño variable; el síntoma principal es el prurito. Con frecuencia (40 al 80%) se asocia a lesiones en mucosas, como por ejemplo, la queilitis folicular y manifestaciones oculares en donde predomina la conjuntivitis moderada con hiperemia conjuntival, fotofobia y lagrimeo; más tarde, pigmentación de color café de las conjuntivas, hipertrofia papilar y, si se presenta de forma crónica, puede llegar a formar pterigiones y las cejas se rompen debido al rascado crónico produciendo pseudomadariosis.

Está descrita la aparición de conjuntivitis exuberante pigmentada, la cual es un infiltrado de aspecto gelatinoso de la conjuntiva pericorneal, especialmente en las zonas expuestas a la luz solar y con acentuada pigmentación melánica, y es posible que sea diferente a la que conocemos tradicionalmente como conjuntivitis primaveral (2, 3, 4). Las afecciones mucosas en el prurigo actínico fueron observadas inicialmente en labios de los pacientes con esta patología por Birt y Hugg, en Canadá en 1979 (5). En los últimos años estos hallazgos recobraron interés y han sido estudiados en México, en donde se

acuñó el término de *queilitis folicular* (6), y su estudio histológico y epidemiológico (7) demostró que tiene un valor de predicción diagnóstica del 75%. Los cambios conjuntivales en el prurigo actínico se han demostrado clínicamente desde las primeras descripciones de la enfermedad por autores en nuestro medio (8). Sin embargo, los estudios oftalmológicos e histológicos intencionados en pacientes adultos, han sido realizados por un grupo de autores, también de nuestro medio, quienes comunican sus hallazgos de manera sucinta, *haciendo mención del infiltrado linfocitario denso* en un artículo de revisión (9) que no incluye tantas variables desde el punto de vista oftalmológico como en nuestro estudio.

Otra revisión de las características histopatológicas del prurigo actínico ha sido descrita por un dermatólogo de nuestro país, sin incluir en él, variables como en nuestro protocolo, y hace referencia a las siguientes características histológicas: engrosamiento del epitelio, atrofia del epitelio, vacuolización de la membrana basal, vasodilatación, infiltrado inflamatorio denso, incontinencia del pigmento, melanófagos, eosinófilos y degeneración basófila de la colágena (10).

Nosotros tenemos la experiencia de dos casos, de un niño y un adulto con prurigo actínico, con grave afección ocular y formación de pterigiones. Fue en la biopsia de conjuntiva donde se encontraron francos folículos linfoides, depósitos de melanina y elastosis solar (observaciones no publicadas).

Por todo lo anterior, surgió el interés de estudiar más a fondo los cambios conjuntivales en niños con esta patología, desde el punto de vista clínico, así como el histopatológico, el cual aportaría datos importantes y se descartaría o confirmaría la relación de esta patología con la conjuntivitis primaveral.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Las alteraciones oculares en los niños con prurigo actínico son muy características; desarrollan un daño conjuntival peculiar que puede ser identificado microscópicamente, utilizando ciertos criterios y mediante una correlación clínico-patológica.

JUSTIFICACIÓN

Se pretende en este estudio prospectivo, identificar y precisar las alteraciones oculares que se presentan en niños con prurigo actínico, tanto desde el punto de vista clínico, como en sus cambios histológicos, los cuales se caracterizan por infiltración de linfocitos "B" y eventualmente la formación de folículos linfoides.

Dado que el porcentaje de pacientes con prurigo actínico y afección conjuntival es considerable –entre el 40 y el 80%–, resulta conveniente conocer mejor esta patología. Por tanto, el papel de la biopsia conjuntival representa un aspecto básico en nuestro conocimiento de la enfermedad.

Podrían delimitarse mejor sus criterios y, por lo mismo, su diferenciación con otras formas de conjuntivitis, como por ejemplo la primaveral, que se caracteriza por ser atópica, se presenta en clima cálido, con mayor frecuencia en primavera, verano y otoño; es bilateral y el cuadro clínico se caracteriza por prurito, secreción conjuntival pegajosa, una fina pseudomembrana de fibrina, seudogerotoxón y múltiples papilas de aspecto de "embaldosado" en tarso superior; histológicamente encontramos infiltración de células inflamatorias (linfocitos, eosinófilos y células plasmáticas) y, al final, depósitos de colágena (3).

La morbilidad del prurigo actínico es mínima, ya que es un padecimiento común que no compromete órganos vitales para la vida, pero sí para la función visual. Figura entre las enfermedades de la piel más comunes en el niño, ocupando el décimo cuarto lugar en nuestra institución con 1.34% y el décimo sexto lugar en el Instituto Nacional de Pediatría con 1.45% (10).

Su influencia en el tratamiento será decisiva; como se ha dicho, permitirá el diagnóstico diferencial con otras entidades, se conocerán los cambios histológicos y, en consecuencia, el tratamiento, tanto médico como quirúrgico, será más racional.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Las alteraciones oculares en los niños con prurigo actínico son muy características; desarrollan un daño conjuntival peculiar que puede ser identificado microscópicamente, utilizando ciertos criterios y mediante una correlación clínico-patológica.

JUSTIFICACIÓN

Se pretende en este estudio prospectivo, identificar y precisar las alteraciones oculares que se presentan en niños con prurigo actínico, tanto desde el punto de vista clínico, como en sus cambios histológicos, los cuales se caracterizan por infiltración de linfocitos "B" y eventualmente la formación de folículos linfoides.

Dado que el porcentaje de pacientes con prurigo actínico y afección conjuntival es considerable —entre el 40 y el 80%—, resulta conveniente conocer mejor esta patología. Por tanto, el papel de la biopsia conjuntival representa un aspecto básico en nuestro conocimiento de la enfermedad.

Podrían delinarse mejor sus criterios y, por lo mismo, su diferenciación con otras formas de conjuntivitis, como por ejemplo la primaveral, que se caracteriza por ser atópica, se presenta en clima cálido, con mayor frecuencia en primavera, verano y otoño; es bilateral y el cuadro clínico se caracteriza por prurito, secreción conjuntival pegajosa, una fina pseudomembrana de fibrina, seudogerotóxón y múltiples papilas de aspecto de "embaldosado" en tarso superior; histológicamente encontramos infiltración de células inflamatorias (linfocitos, eosinófilos y células plasmáticas) y, al final, depósitos de colágena (3).

La morbilidad del prurigo actínico es mínima, ya que es un padecimiento común que no compromete órganos vitales para la vida, pero sí para la función visual. Figura entre las enfermedades de la piel más comunes en el niño, ocupando el décimo cuarto lugar en nuestra institución con 1.34% y el décimo sexto lugar en el Instituto Nacional de Pediatría con 1.45% (10).

Su influencia en el tratamiento será decisiva; como se ha dicho, permitirá el diagnóstico diferencial con otras entidades, se conocerán los cambios histológicos y, en consecuencia, el tratamiento, tanto médico como quirúrgico, será más racional.

HIPÓTESIS

Los pacientes con prurigo actínico frecuentemente presentan conjuntivitis inespecífica, cuya imagen histológica es de densos infiltrados linfocitarios y, eventualmente, formación de folículos linfoides.

OBJETIVOS

- 1) Determinar las alteraciones oculares en segmento anterior y anexos en los niños con prurigo actínico.
- 2) Establecer los cambios macroscópicos de la conjuntiva tarsal y bulbar en los niños con prurigo actínico.
- 3) Determinar el tipo de daño en la conjuntiva bulbar a través de los hallazgos histopatológicos en niños con prurigo actínico.

-

HIPÓTESIS

Los pacientes con prurigo actínico frecuentemente presentan conjuntivitis inespecífica, cuya imagen histológica es de densos infiltrados linfocitarios y, eventualmente, formación de folículos linfoides.

OBJETIVOS

- 1) Determinar las alteraciones oculares en segmento anterior y anexos en los niños con prurigo actínico.
- 2) Establecer los cambios macroscópicos de la conjuntiva tarsal y bulbar en los niños con prurigo actínico.
- 3) Determinar el tipo de daño en la conjuntiva bulbar a través de los hallazgos histopatológicos en niños con prurigo actínico.

POBLACIÓN Y MUESTRA

En la muestra se incluirán a niños entre los 6 y 16 años de edad que sean diagnosticados en el Servicio de Dermatología Pediátrica del Hospital General de México con prurigo actínico y que se encuentren en la fase aguda del padecimiento. Los pacientes deben presentar lesiones dermatológicas típicas que nunca hayan recibido tratamiento.

Estudio prospectivo que se llevará a cabo aproximadamente en 14 meses; los pacientes deberán ser enviados a la consulta externa de oftalmología del Hospital General de México y serán revisados por el médico oftalmólogo participante, quien le medirá la agudeza visual y buscará las variables consideradas en el protocolo. Posteriormente se les tomará la biopsia de conjuntiva bulbar, ya sea con anestesia local (proparacaína) o con anestesia general, previa autorización del padre o familiar responsable.

Criterios de inclusión

Se incluyeron a niños de ambos sexos cuyas edades fluctuaran entre los 6 y 16 años de edad que fueran captados en la consulta de Dermatología pediátrica del Hospital General de México y que cumplieran con los criterios diagnósticos del prurigo actínico, con datos de conjuntivitis activa. Fueron enviados al Servicio de Oftalmología para su valoración.

Criterios de exclusión

Se excluyeron a todos aquellos niños que tuvieran las siguientes características:

- Reacciones de fotosensibilidad distinta al prurigo actínico.
- Que hayan tenido enfermedades conjuntivales previas.
- Antecedentes de cirugía conjuntival previa.
- Usuarios de lentes de contacto.

Criterios de eliminación

Todos aquellos niños cuyos padres o el familiar responsable no deseen participar en el estudio, cualquiera que sea su razón.

DEFINICIÓN DE VARIABLES

A) SEXO

- Masculino
- Femenino

B) EDAD

- 5 a 10 años
- 11 a 15 años

C) HIPEREMIA CONJUNTIVAL DE LOCALIZACIÓN

- (0) Ausente
- (1) En conjuntiva tarsal
- (2) En conjuntiva bulbar
- (3) En toda la conjuntiva

D) FOLÍCULOS

- (0) Ausente
- (1) Conjuntiva de párpado inferior
- (2) Conjuntiva de párpado superior
- (3) Conjuntiva de ambos párpados

E) SECRECIÓN HIALINA

- (0) Ausente
- (1) Escasa
- (2) Moderada
- (3) Abundante

F) PANNUS

- (1) Presente
- (2) Ausente

G) PUNTOS DE TRANTAS

- (0) Ausentes
- (1) 2 a 5 puntos (escasos)
- (2) 5 a 10 puntos (moderada)
- (3) Más de 10 puntos (severa)

H) QUERATOPATÍA EPITELIAL PUNTEADA

- (1) Presente
- (2) Ausente

I) MELANOSIS

- (1) Leve
- (2) Moderada

J) CÉLULAS CALICIFORMES

- (1) Ausentes
- (2) Disminuídas
- (3) Presentes

K) INFILTRADO INFLAMATORIO

- (1) Difuso
- (2) Perivascular
- (3) Ambos

L) METAPLASIA EPIDERMÓIDE CON QUERATINIZACIÓN SUPERFICIAL

- (1) Ausente
- (2) Presente

M) ELASTOSIS SOLAR

- (1) Ausente
- (2) Presente

N) MELANÓFAGOS

- (1) Ausentes
- (2) Leve
- (3) Moderado
- (4) Severo

O) OTROS HALLAZGOS

- Eosinófilos
- Folículos linfoides

**ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

PROCEDIMIENTO

El estudio prospectivo, longitudinal, original y observacional realizado en el servicio de Dermatología pediátrica del Hospital General de México, desde donde se capturaron los niños de ambos sexos que tenían entre los 6 y 16 años de edad, de la consulta externa y quienes cumplieran con los criterios para el diagnóstico de prurigo actínico, fueron enviados a la consulta externa de Oftalmología del Hospital General de México. Una vez referidos a este servicio, se habló con los padres o el familiar responsable y se les mencionaron los objetivos del trabajo; cada uno de los padres que aceptaba la participación en el estudio firmó por escrito la carta de aceptación para la toma de biopsia.

A cada niño incluido en el protocolo de estudio, se le realizó una exploración oftalmológica que incluía la medición de la agudeza visual, valoración del segmento anterior, revisando el estado clínico de los párpados, conjuntiva tarsal y bulbar, presencia o ausencia de secreción en fondo de saco y las características de ella; estado corneal en la periferia buscando pannus o puntos de Trantas, y finalmente se tiñó con fluoresceína la córnea y conjuntiva para descartar algún daño. Se valoró el fondo del ojo con oftalmoscopio directo y se registraron todas estas variables en la hoja de recolección de datos.

Una vez valorados todos estos datos, se procedió a la toma de biopsia conjuntival del ojo más afectado; en caso de que el daño fuera simétrico se eligió el ojo de menos sintomatología. Con los niños menores de 8 años o aquellos poco cooperadores, se decidió utilizar sedación para la toma de la biopsia conjuntival, y a los niños mayores de 9 años se les tomó la biopsia con anestesia local (proparacaína); se colocó el blefarostato y con una pinza fina se tomó la conjuntiva para luego cortarla con tijera de Berens. Una vez tomada la muestra, se verificó la hemostasia de la región y se colocó antibiótico en ungüento y oclusión suave por 24 horas. La biopsia fue colocada en papel filtro perfectamente extendida y se conserva en formol al 10%. Cada uno de los pacientes fue visto al día siguiente de la toma de biopsia, y en cada caso se vigilaba la cicatrización; cuando ésta concluía se daba de alta al niño.

El proceso de la biopsia comprendía fijación, inclusión, corte y algunas tinciones hasta obtener las laminillas para la observación bajo microscopio de luz. Este proceso duraba alrededor de 8 días para obtener resultados; en todos los casos se tiñó la biopsia con hematoxilina y eosina, y sólo en algunos con ácido periódico de Schiff (PAS), para

finalmente ser valoradas por el patólogo ocular, el cual reportaba los hallazgos microscópicos, como infiltrado inflamatorio, principalmente linfocitos con o sin folículos, y otros hallazgos como la presencia de pigmento melánico o elastosis solar, además de los casos en los que existieran cambios vasculares, reportándolos en la hoja de recolección, al igual que los datos clínicos

RESULTADO

Se estudiaron 22 ojos de 11 pacientes que cumplieron con los criterios diagnósticos dermatológicos de prurigo actínico. Se realizó biopsia en uno de los ojos (el más afectado) de los 11 pacientes (50%) y cuando la afección fue similar, se eligió el ojo con menor sintomatología.

La edad de los pacientes osciló entre los 6 y los 14 años de edad con una media de 10.6 años.

La distribución por sexos fue masculino 54.4% y femenino 45.5% con una proporción de 1.2:1 en relación al femenino.

Con la exploración de la conjuntiva y córnea se encontró:

Hiperemia en conjuntiva tarsal en 3 pacientes (27.2%), conjuntiva bulbar en 4 pacientes (36.3%) y ambas conjuntivas en 4 pacientes (36.3%). Folículos en párpado inferior en 5 pacientes (45.5%), en párpado superior en 1 paciente (9%), en ambos párpados en 1 paciente (9%) y ausentes en 4 pacientes (36.3%). Secreción hialiana escasa en 8 pacientes (72.7%), moderada en 2 pacientes (18.1%) y sin secreción en 1 paciente (9%). Pannus presente en 6 pacientes (54.5%) y ausente en 5 pacientes (45.5%). Puntos de Trantas escasos (menos de 2 puntos) en 8 pacientes (72.7%), moderado (2 a 5 puntos) en 2 pacientes (18.1%), severos (5 a 10 puntos) en 1 paciente (9%). Queratopatía epitelial punteada presente en 7 pacientes (63.6%) y ausente en 4 (36.3%) (figs. 1, 2, 3, 4, 5, 6 y tab,1).

En las biopsias de conjuntiva encontramos:

Melanosis leve en 7 pacientes (63.3%), moderada en 2 pacientes (18.1 %) y severa en 2 pacientes (18.1%). Ausencia de células caliciformes en 8 pacientes (72.6 %) y disminución en 3 pacientes (27.2%). Infiltrado inflamatorio de distribución perivascular en 7 pacientes (63.6%), difuso en 2 pacientes (18.1%) y ambos en 2 pacientes (18.1 %). Cambios de metaplasia epidermoide con queratinización superficial presentes en 5 pacientes (45.4 %) y ausentes en 6 (54.4 %). Elastosis solar presente en los 11 pacientes (100%). Melanófagos en escasa cantidad en 6 pacientes (54.5 %), moderada en 1 paciente (9%), severa en 2 (18.1%) y ausente en 2 (18.1%). Otros hallazgos encontrados fueron la presencia de eosinófilo en poca cantidad en 5 pacientes (45.4%) y en un caso hubo formación de folículos linfoides. (figs, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14 y tab,2)

TABLA DE HALLAZGOS CLÍNICOS EN PRÚRIGO ACTÍNICO

| HALLAZGOS | PACIENTES | PORCENTAJE (%) |
|----------------------------------|-----------|----------------|
| Hiperemia conjuntival localizada | | |
| Ausente | 0 | 0 |
| En conjuntiva tarsal | 3 | 27.2 |
| En conjuntiva bulbar | 4 | 36.3 |
| En toda la conjuntiva | 4 | 36.3 |
| Folículos localizados | | |
| Ausente | 4 | 36.3 |
| En conjuntiva de párpado inf. | 5 | 45.5 |
| En conjuntiva de párpado sup. | 1 | 9 |
| En ambos párpados | 1 | 9 |
| Secreción hialina | | |
| Ausente | 1 | 9 |
| Escasa | 8 | 72.7 |
| Moderada | 2 | 18,1 |
| Severa | 0 | 0 |
| Pannus | | |
| Ausente | 6 | 54.5 |
| Presente | 5 | 45.5 |
| Puntos de Trantas | | |
| Escaso | 8 | 72.7 |
| Moderado | 2 | 18.1 |
| Severo | | |
| Queratopatía epitelial punteada | | |
| Ausente | 4 | 63.6 |
| Presente | 7 | 36.3 |

Tabla 1

TABLA DE HALLAZGOS HISTOLÓGICOS EN PRÚRIGO ACTÍNICO

| HALLAZGOS | PACIENTES | PORCENTAJE (%) |
|--|-----------|----------------|
| Melanosis | | |
| Leve | 7 | 63.3 |
| Moderada | 2 | 18.1 |
| Severa | 2 | 18.1 |
| Células caliciformes | | |
| Ausentes | 11 | 100 |
| Presentes | 0 | 0 |
| Infiltrado inflamatorio | | |
| Difuso | 2 | 18.1 |
| Perivascular | 7 | 63.6 |
| Ambos | 2 | 18.1 |
| Metaplasia epidermoide con queratinización superficial | | |
| Ausente | 6 | 54.4 |
| Presente | 5 | 45.5 |
| Elastosis solar | | |
| Ausente | 0 | 0 |
| Presente | 11 | 100 |
| Melanófagos | | |
| Ausente | 2 | 18.1 |
| Escaso | 6 | 54.5 |
| Moderado | 1 | 9 |
| Severo | 2 | 18.1 |
| Otros | | |
| Eosinófilos | 5 | 45.4 |
| Folículos linfoides | 1 | 9 |

Tabla 2

ALTERACIONES CONJUNTIVALES EN NIÑOS CON PRÚRIGO ACTÍNICO

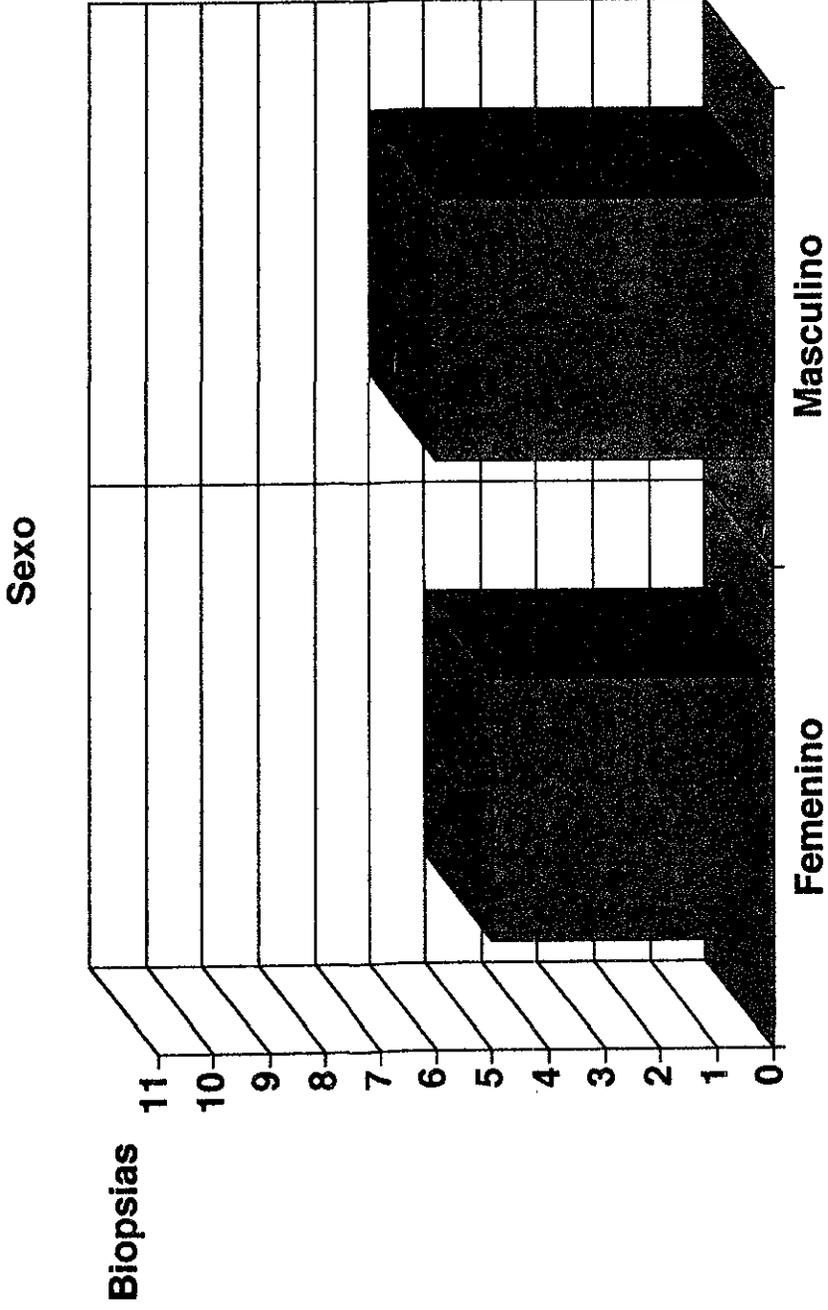


fig. 1

ALTERACIONES CONJUNTIVALES EN NIÑOS CON PRÚRIGO ACTÍNICO

Hiperemia Conjuntival

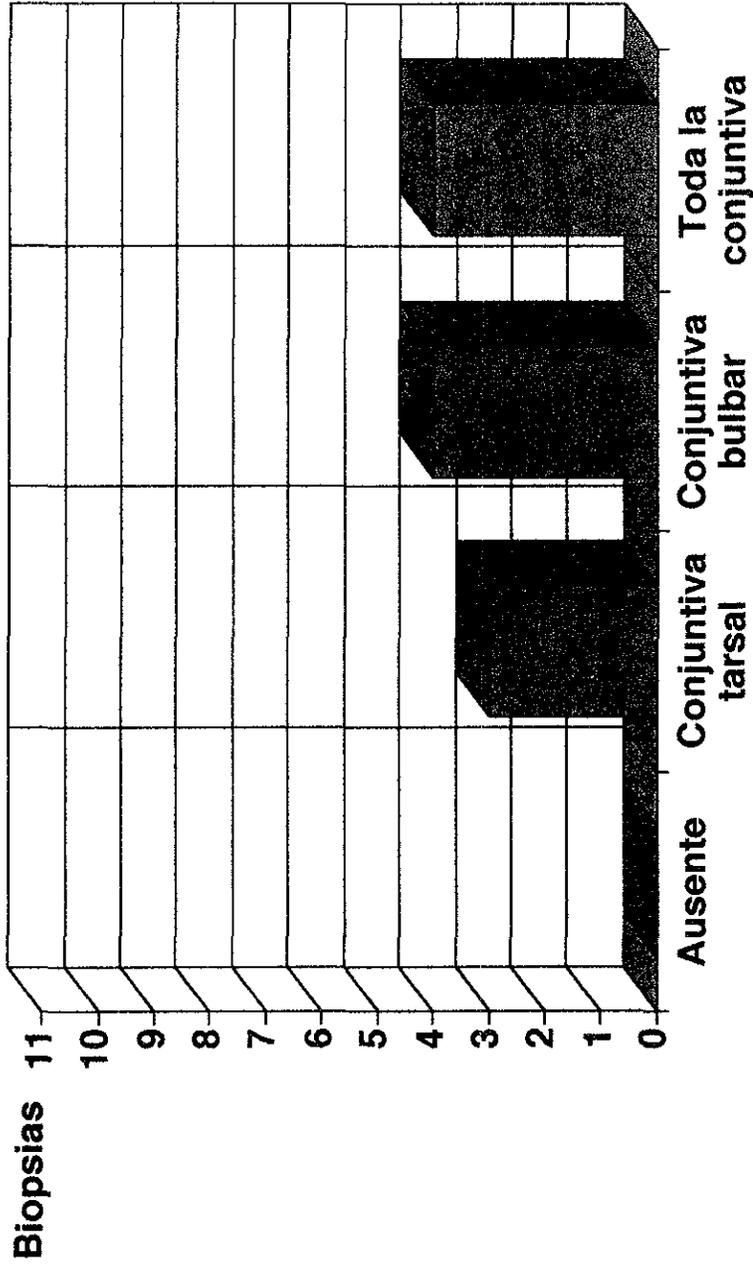


fig. 2

ALTERACIONES CONJUNTIVALES EN NIÑOS CON PRÚRIGO ACTÍNICO

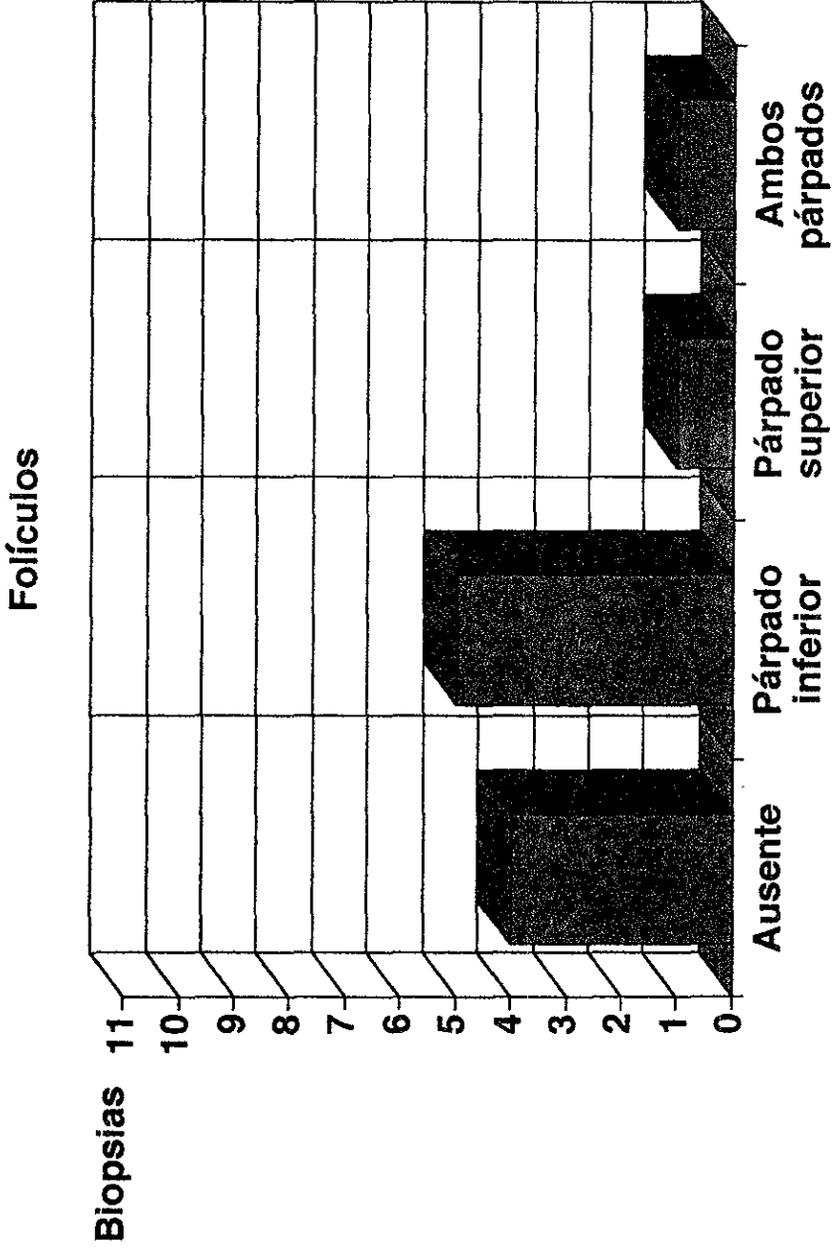


fig. 3

ALTERACIONES CONJUNTIVALES EN NIÑOS CON PRÚRIGO ACTÍNICO

Secreción hialina

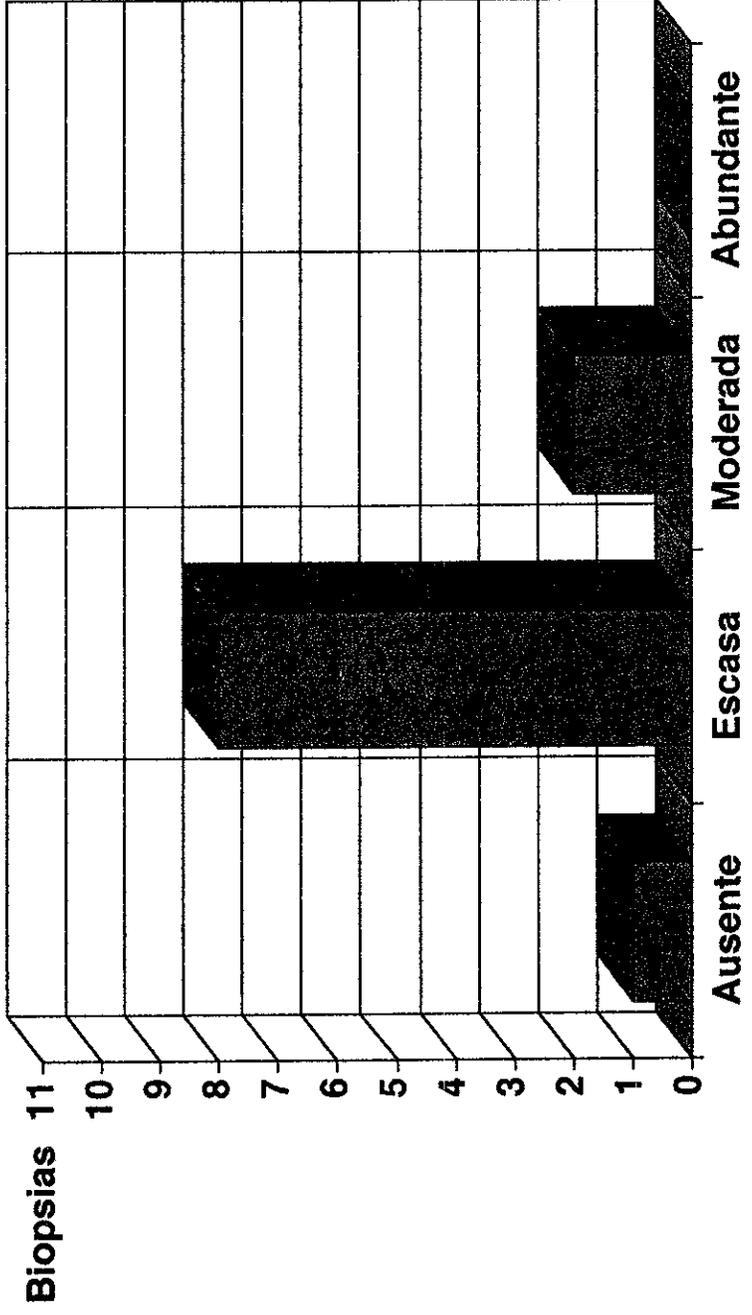


fig. 4

ALTERACIONES CONJUNTIVALES EN NIÑOS CON PRÚRIGO ACTÍNICO

Pannus

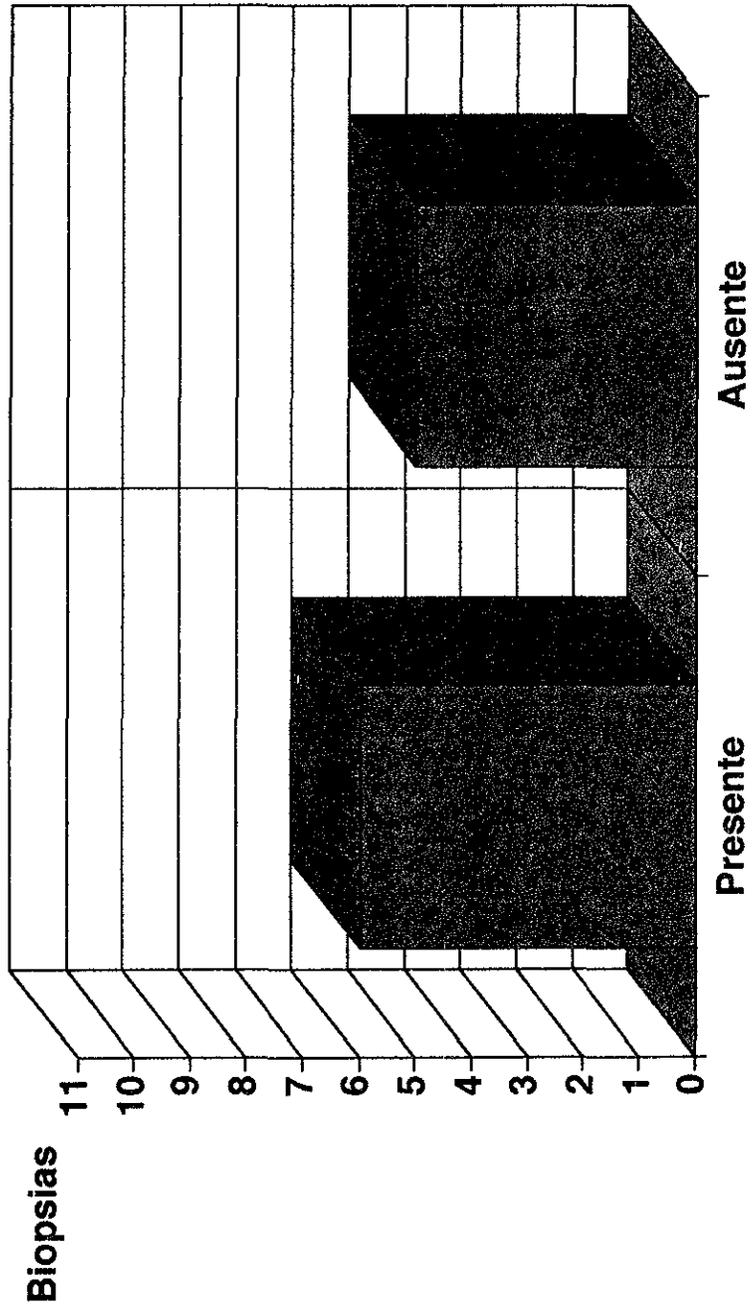


fig. 5

ALTERACIONES CONJUNTIVALES EN NIÑOS CON PRÚRIGO ACTÍNICO

Puntos de Trantas

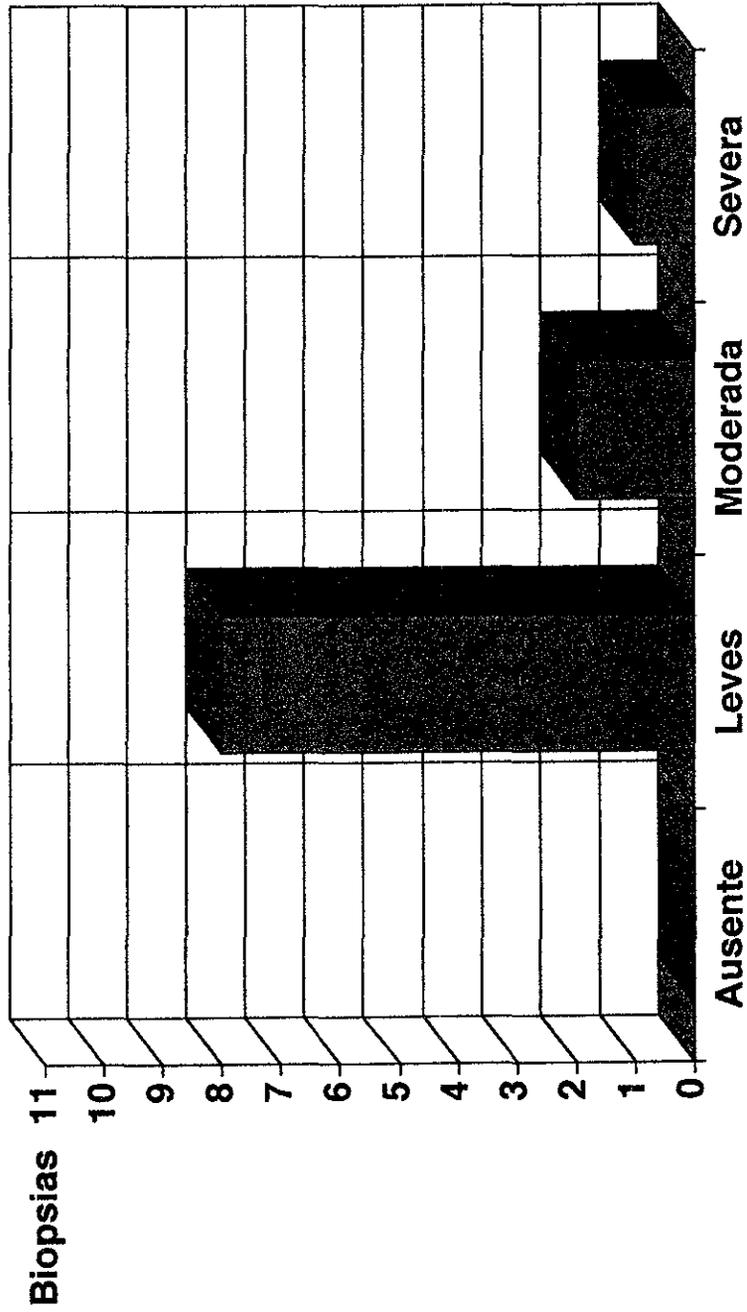


fig. 6

ALTERACIONES CONJUNTIVALES EN NIÑOS CON PRÚRIGO ACTÍNICO

Queratopatía epitelial punteada

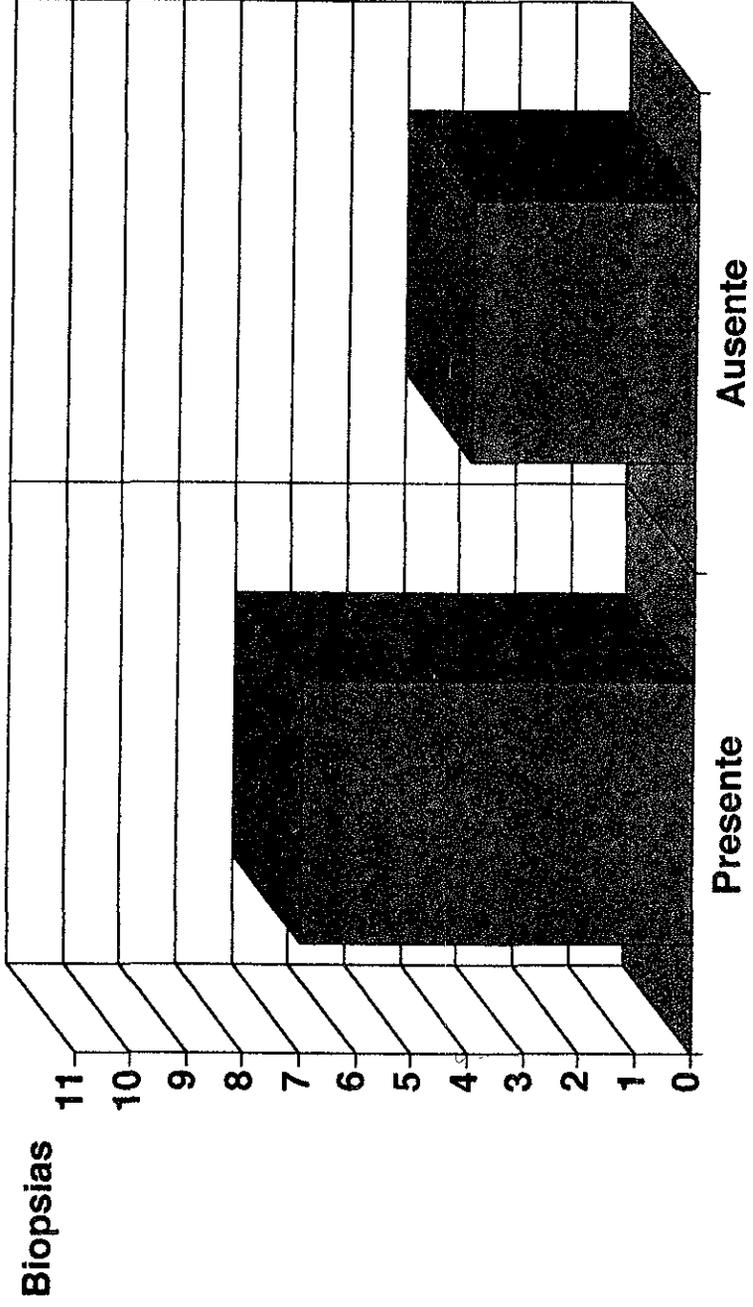


fig. 7

ALTERACIONES CONJUNTIVALES EN NIÑOS CON PRÚRIGO ACTÍNICO

Melanosis

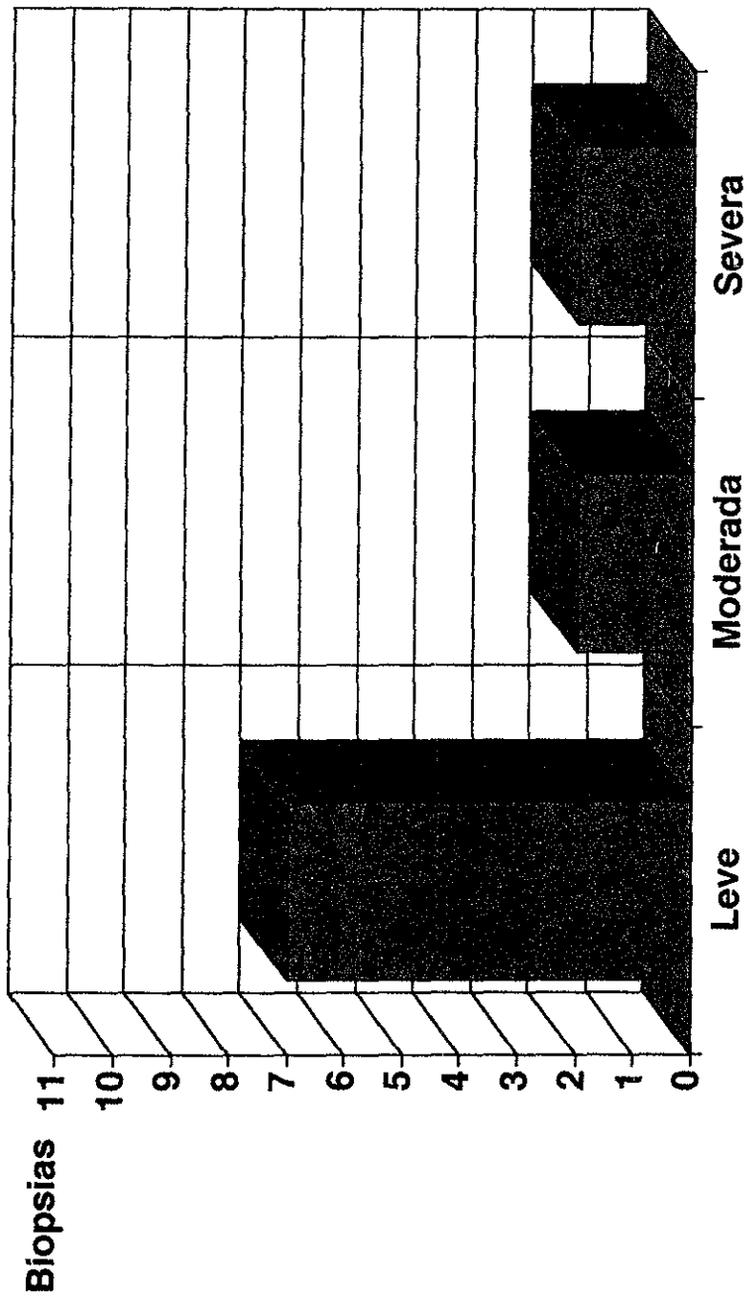


fig. 8

ALTERACIONES CONJUNTIVALES EN NIÑOS CON PRÚRIGO ACTÍNICO

Células caliciformes

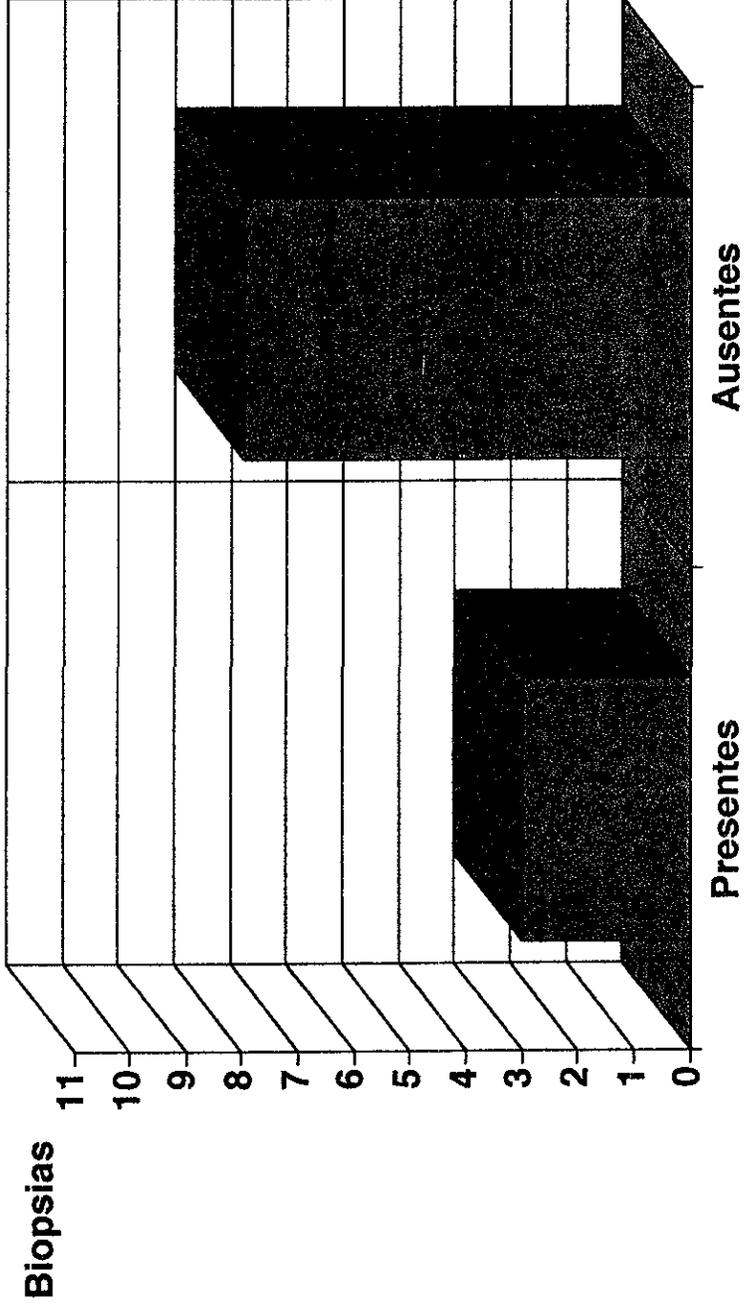


fig. 9

ALTERACIONES CONJUNTIVALES EN NIÑOS CON PRÚRIGO ACTÍNICO

Infiltrado inflamatorio

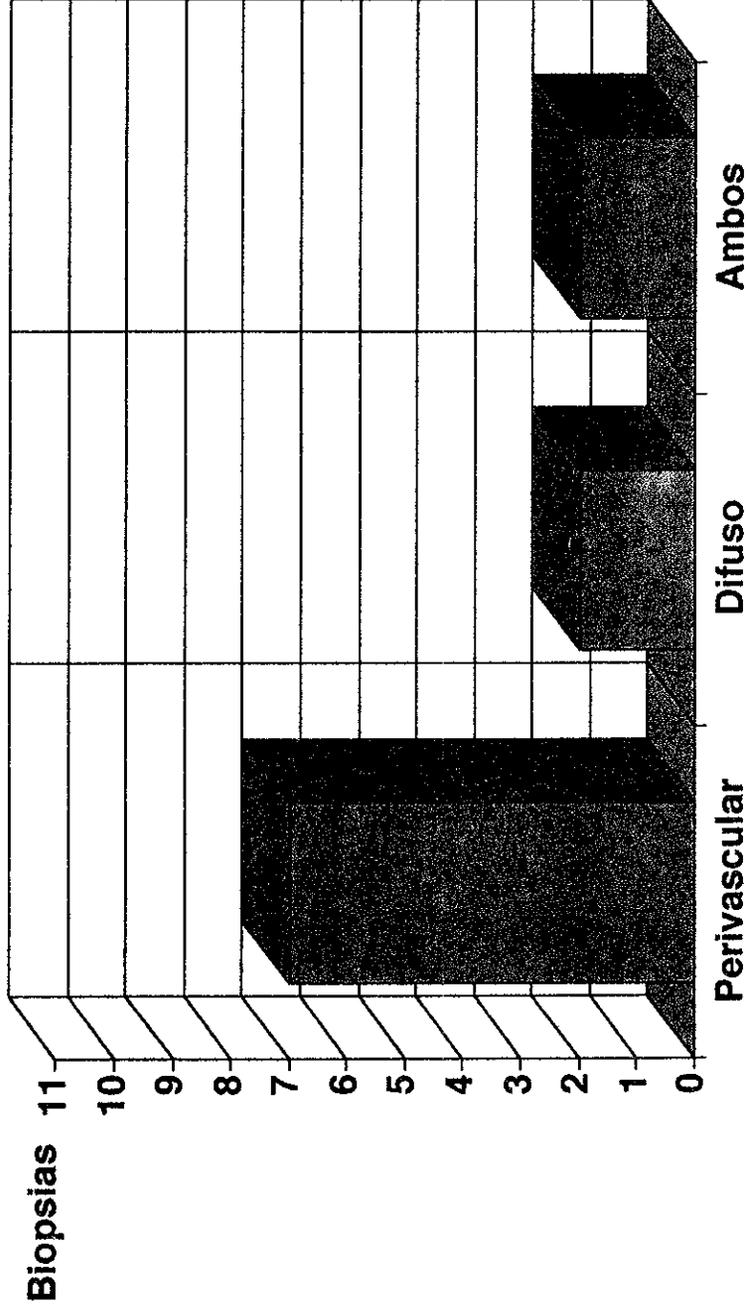


fig. 10

ALTERACIONES CONJUNTIVALES EN NIÑOS CON PRÚRIGO ACTÍNICO

Metaplasia epidermoide con queratinización
superficial

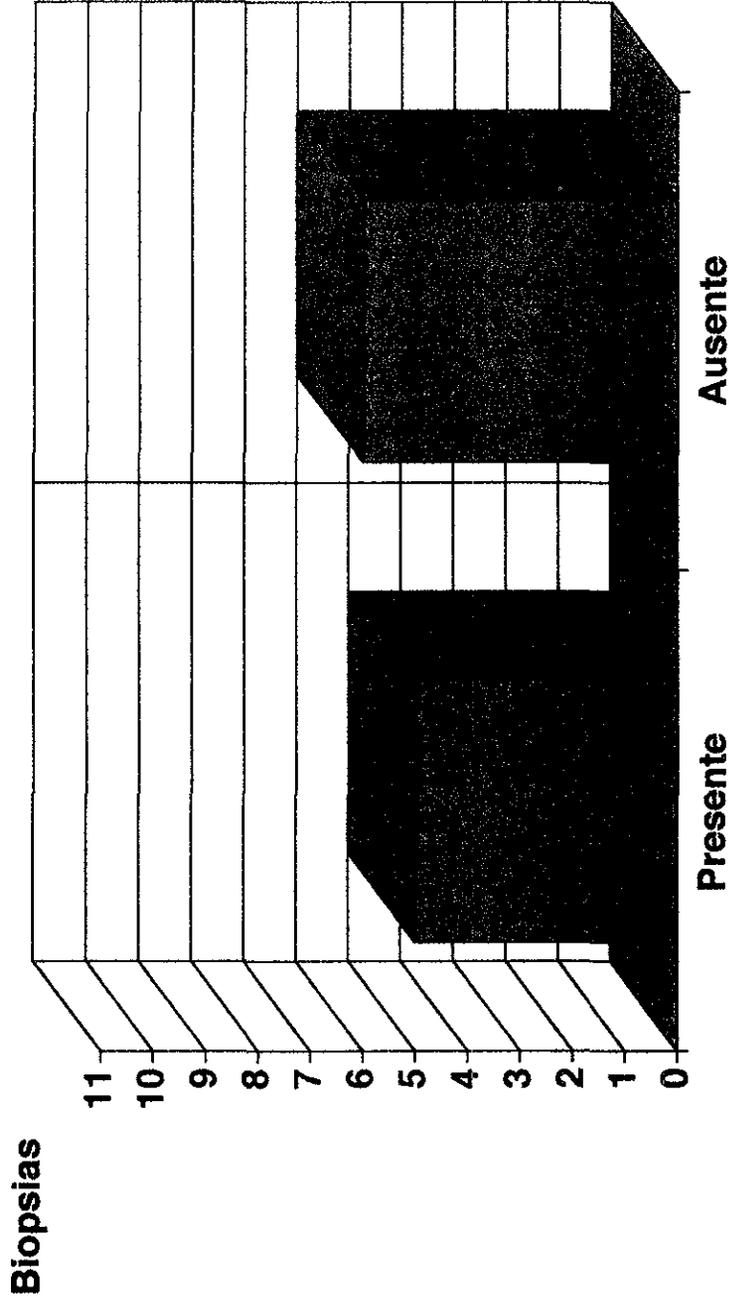


fig. 11

ALTERACIONES CONJUNTIVALES EN NIÑOS CON PRÚRIGO ACTÍNICO

Elastosis solar

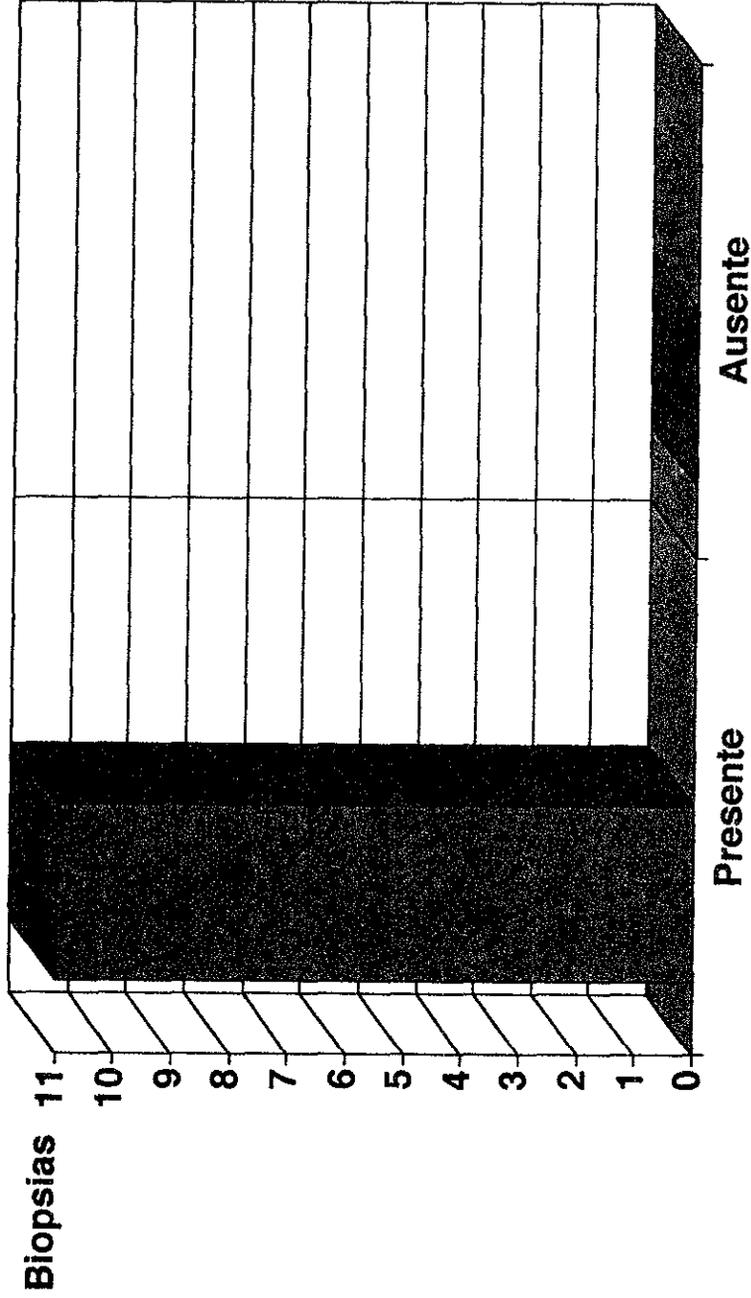


fig. 12

ALTERACIONES CONJUNTIVALES EN NIÑOS CON PRÚRIGO ACTÍNICO

Melanóforas

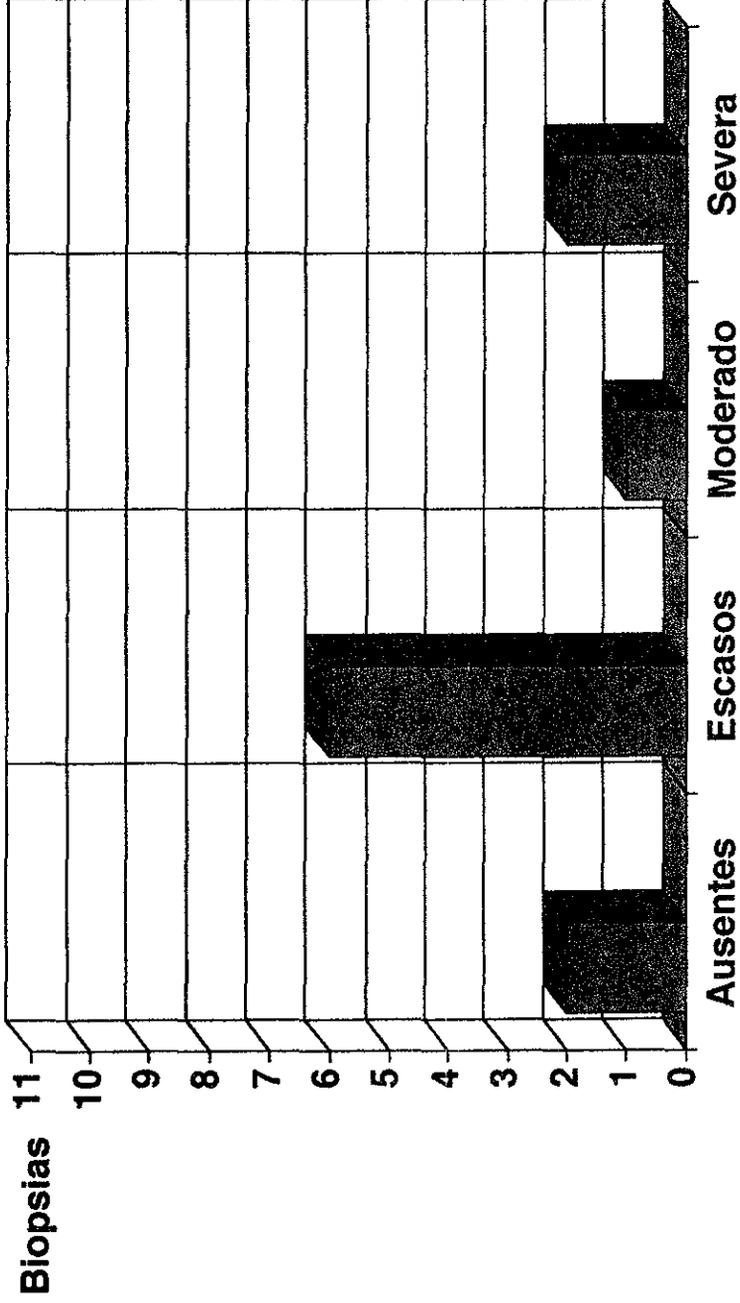


fig. 13

ALTERACIONES CONJUNTIVALES EN NIÑOS CON PRÚRIGO ACTÍNICO

Otros hallazgos

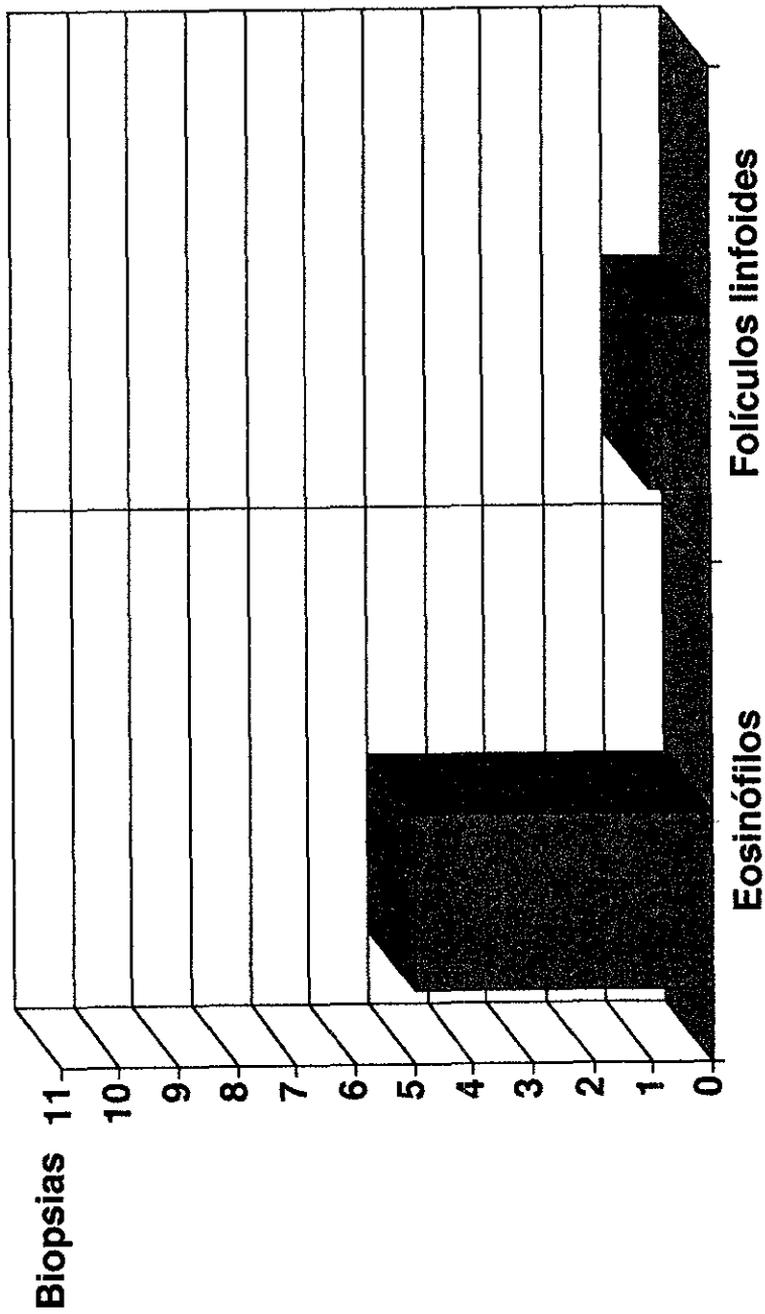


fig. 14

DISCUSIÓN

El prúrigio actínico es una reacción anormal a la luz solar, particularmente al espectro de luz ultravioleta y luz visible. Por tanto, es perfectamente viable que las mucosas (labial y ocular) expuestas a la luz, se vean involucradas en esta enfermedad. En cuanto a las alteraciones labiales, ya se han documentado y se reconocen los patrones histopatológicos: la queilitis folicular, que es aquella que se constituye por folículos linfoides con su centro germinal y polo de maduración, y es la queilitis no folicular, en la que los infiltrados linfocitarios adoptan disposición liquenoide o perivascular, o bien, difusa (6).

Existen algunos trabajos donde se describe la histología de la conjuntiva en el prúrigio actínico (1,8,9) pero los autores no describen la población participante en estos estudios y sólo reportan resultados histológicos en conjuntiva ocular. Por ejemplo, Novales refiere que el 45% de los pacientes con prúrigio actínico observa conjuntivitis que inicia con hiperemia conjuntival, fotofobia y lagrimeo; más tarde, con pigmentación de color café de las conjuntivas, hipertrofia papilar y formación de pterigiones (1). En nuestra serie hemos podido observar que al menos 50% de los pacientes cursan con sintomatología conjuntival y en un poco más del 60% con afección corneal importante (principalmente queratopatía epitelial punteada), causa principal de la fotofobia y lagrimeo que otros autores describen. En la mayoría de los pacientes fue respetada la conjuntiva tarsal, no existiendo la presencia de papilas, pero en un 45% existían folículos en párpado inferior no descritos por otros autores.

En este trabajo dedicado al estudio de las manifestaciones oculares clínicas e histopatológicas en niños (el grupo etario más frecuentemente involucrado) con prúrigio actínico, hemos podido observar que al menos un 50% de los pacientes cursan con afección ocular caracterizada por hiperemia conjuntival en grado variable, secreción hialina escasa, folículos en párpado inferior, pannus y puntos de Trantas escasos, así como queratopatía epitelial punteada que es la responsable de provocar fotofobia y lagrimeo por el daño corneal.

Los hallazgos clínicos e histopatológicos de nuestro estudio difieren un poco a los reportados por Hojyo y Vega (8,9) (Tabla 1); probablemente se deba a que su población es diferente a la nuestra, ya que en su reporte no describen el tipo de pacientes participantes. Y mientras que ellos describen como datos más característicos de sus estudios histopatológicos un engrosamiento epitelial con atrofia epitelial, vasodilatación, vacuolización de la capa basal, infiltrado inflamatorio denso, melanófagos, eosinófilos y degeneración basófila de la colágena, nosotros encontramos melanosis, ausencia de

células calciformes, infiltrado inflamatorio perivascular y difuso, queratinización superficial, elastosis solar, melanófagos y otros hallazgos menos constantes como folículos linfoides y eosinófilos.

Es evidente que son hallazgos no identificados anteriormente y que son diferentes de aquellos que se observan en enfermedades similares como la conjuntivitis primaveral de variedad bulbar, con la cual ha sido confundida desde hace algunos años, y que la diferencia básica se encuentra en los antecedentes y los hallazgos histológicos que representan sólo infiltrado inflamatorio (3).

Por tanto, los hallazgos clínicos e histopatológicos recavados en nuestro estudio, tienen una significancia estadística a pesar del pequeño número de pacientes, los cuales podrían más adelante ser tomados como criterios diagnósticos para prurigo actínico.

| BIOPSIAS CONJUNTIVALES | | | |
|--|--------------|--------------|-------------------|
| Hallazgos histológicos | MEMIJE 17 | HOJOYO 30 | MÉNDEZ Y COLS. |
| Engrosamiento del epitelio | 13 | 20 | |
| Atrofia del epitelio | 9 | 10 | |
| Vacuolización de la membrana basal | 13 | 18 | |
| Vasodilatación | 15 | 22 | |
| Infiltrado inflamatorio | 15 | 23 | 11 |
| Melanófagos | 14 | 19 | 9 |
| Eosinófilos | 11 | 14 | 5 |
| Degeneración de colágena | 5 | 9 | 11 |
| Células calciformes ausentes | | | 8 |
| Melanosis | | | 11 |
| Metaplasia epidermoide con queratinización superficial | | | 5 |
| Otros hallazgos: Eosinófilos | | | 5 |
| Folículos linfoides | | | 1 |

Tabla 3

BIBLIOGRAFÍA

1. Novales, Josefa, *Prúrigo actínico. Características clínicas*. Rev. Mex. Dermatología julio-agosto, 1993, Suplemento 1.
2. Durán, M. *Actinic prurigo; Clinical tropical dermatology*. Cañizares O. Narman R, 2da; Oxford, 1990.
3. Pizzi de Parra, *Otros aspectos menos conocidos del prúrigo actínico*. Rev. Mex. Dermatología, 1993, 37, Suplemento 1.
4. Stock, E; *et al*, *Vernal Keratoconjunctivitis*. Duane, tomo 4, Cap. 9, pp. 1.
5. Birt, A. R; *et al*. *The actinic cheilitis of hereditary polymorphic light eruptin*. Arch. Dermatol, 1979, 115: 699-702.
6. Magaña, G. M; *Intercambio de opiniones: Prúrigo actínico*. Rev. Mex. Dermatología, 1991, 35: 173-80.
7. Herrera, G; Magaña, G; *Follicular cheilitis. A distinctive histopathologic finding in actinic prurigo*. Amer. J. Dermatopathol, 1995, 17:357-361.
8. Escalona, P; Magaña, L; *Prúrigo solar en dermatología*. 2da. ed., México, 1959, pp. 178.
9. Hojyo, T; Vega Memijé, E; *et al*. *Actinic prurigo: an update*. International J. Dermatology, 34, 1995.
10. Vega Memijé, E; *Características histopatológicas del prúrigo actínico*. Rev. Mex. Dermatología, 1993: 37, Suplemento 1.
11. Magaña, G; Vázquez, R; González, C; *Dermatología pediátrica en el Hospital General, frecuencia de las enfermedades de la piel en 10,000 consultas entre 1990-1994*, Rev. Med. Hops. Gral. Mex; 1995, Vol. 58, pp 124-130.