

11201
21



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO**

**FACULTAD DE MEDICINA
SERVICIO DE ANATOMIA PATOLOGICA
HOSPITAL GENERAL
"DR. MANUEL GEA GONZALEZ"**

**PRURIGO ACTINICO:
Hallazgos histopatológicos.**

**TESIS DE POSGRADO
QUE PRESENTA:
DRA. M. EUGENIA PALMERIN BUCIO**

**PARA OBTENER EL TITULO DE:
ESPECIALISTA EN ANATOMIA
PATOLOGICA**



MÉXICO

283954

NOVIEMBRE, 2000



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

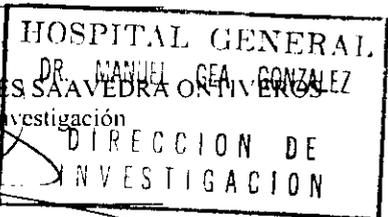
Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

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.

AUTORIZACIONES

~~DR. HÉCTOR VILLAREAL VELARDE~~
Director de enseñanza

~~DRA. MARIA DE LOS DOLORES SAAVEDRA ONTIVEROS~~
DirectorA de investigación



DRA. SARA PARRAGUIRRE MARTÍNEZ
Jefe del Departamento de Anatomía Patológica

S. Parraguirre Martínez

DR. MARIO MAGAÑA GARCIA
Dermatopatólogo del Hospital General de México
Tutor de la tesis

Mario Magaña García

INDICE

1 ANTECEDENTES	4
2 INTRODUCCIÓN	4
3 HISTORIA	5
4 TERMINOS ESPECIALIZADOS	5
5 MARCO DE REFERENCIA	6
6 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	6
7 JUSTIFICACIÓN	6
8 OBJETIVO	7
9 HIPOTESIS	7
10 DISEÑO	7
11 MATERIAL Y METODOS	8
12 UNIVERSO	8
13 TAMAÑO DE LA MUESTRA	8
14 ASIGNACIÓN	8
15 CRITERIOS DE SELECCIÓN	8
16 PARAMETROS DE MEDICIÓN	9
17 RESULTADOS	11
18 DISCUSIÓN	18
19 CONCLUSIÓN	20
20 BIBLIOGRAFIA	21

ANTECEDENTES

INTRODUCCIÓN

El prurigo actínico o solar (P.S.) es una fotodermatosis crónica que representa una reacción anormal a la luz solar. Predomina en niños, a partir de los 6 años de edad, en que estos asisten a la escuela y juegan bajo el sol, afecta ambos sexos, aunque en el adulto predomina en la mujer. Con alguna frecuencia autoinvoluciona (1, 2). Se presenta en forma familiar, y se le observa durante todo el año; predomina en la población indígena y mestiza de América, principalmente en aquellos que residen en altitudes mayores de 1000 m sobre el nivel del mar.

Clínicamente afecta las áreas expuestas como la cara, V del escote y las partes dorsales de los miembros superiores, con pápulas pruriginosas en diversos estadios evolutivos. La conjuntivitis crónica y la conjuntivitis consta en un 50% aproximadamente (2, 3, 4).

La respuesta anormal de la piel a la luz solar en estos pacientes, es a longitudes de onda corta (UVB) que va de los 290 a los 320 nm y de onda larga (UVA) que va de los 320 a los 400 nm. (2)

Usualmente la histopatología en la mayoría de los textos y artículos publicados es considerada como inespecífica, aunque otro autor (2) considera que histopatológicamente es bastante característica, y que el diagnóstico por parte del patólogo podría hacerse sin necesidad de exámenes clínicos, sin embargo siempre es conveniente hacer la correlación clínico-patológica. (8).

Tomando en cuenta que en México el P.S. es frecuente y que no solo se presenta en los niños, consideramos de la mayor importancia conocer cuales son los hallazgos

topatológicos en el adulto y si son similares o presentan algunas diferencias con respecto al prurigo que se presenta en niños.

tratamiento consiste en evitar la exposición solar, uso de protectores solares, emolientes esteroides tópicos. Tiene una respuesta excelente a la talidomida (5)

STORIA

Actualmente se reconoce internacionalmente que la primera descripción clínica del prurigo solar o actínico fue hecha en México por Escalona en 1954, en la primera edición de su libro (6). En las ediciones siguientes de este texto, Escalona et. al. mejoran y detallan los caracteres clínicos, emplean el término prurigo solar para señalar el predominio de las papulas pruriginosas. Sin embargo ellos no sabían que estaban describiendo una nueva enfermedad; si no que la interpretaron como una forma de "prurigo estival de Hutchinson", la fotografía presentada en su libro tiene características idénticas de la enfermedad ahora conocida como prurigo actínico o solar (7) Posteriormente en 1958 Brandt publicó sus observaciones de esta enfermedad en indígenas de E.E.U.U. (3, 7)

TERMINOS ESPECIALIZADOS

Prurigo actínico.

Prurigo solar.

Enfermedad por fotosensibilidad de tipo inmunológico.

topatológicos en el adulto y si son similares o presentan algunas diferencias con respecto al prurigo que se presenta en niños.

tratamiento consiste en evitar la exposición solar, uso de protectores solares, emolientes esteroides tópicos. Tiene una respuesta excelente a la talidomida (5)

STORIA

Actualmente se reconoce internacionalmente que la primera descripción clínica del prurigo solar o actínico fue hecha en México por Escalona en 1954, en la primera edición de su libro (6). En las ediciones siguientes de este texto, Escalona et. al. mejoran y detallan los caracteres clínicos, emplean el término prurigo solar para señalar el predominio de las papulas pruriginosas. Sin embargo ellos no sabían que estaban describiendo una nueva enfermedad; si no que la interpretaron como una forma de “prurigo estival de Hutchinson”, la fotografía presentada en su libro tiene características idénticas de la enfermedad ahora conocida como prurigo actínico o solar (7) Posteriormente en 1958 Brandt publicó sus observaciones de esta enfermedad en indígenas de E.E.U.U. (3, 7)

TERMINOS ESPECIALIZADOS

Prurigo actínico.

Prurigo solar.

Enfermedad por fotosensibilidad de tipo inmunológico.

stopatológicos en el adulto y si son similares o presentan algunas diferencias con respecto al prurigo que se presenta en niños.

tratamiento consiste en evitar la exposición solar, uso de protectores solares, emolientes esteroides tópicos. Tiene una respuesta excelente a la talidomida (5)

STORIA

Actualmente se reconoce internacionalmente que la primera descripción clínica del prurigo solar o actínico fue hecha en México por Escalona en 1954, en la primera edición de su libro (6). En las ediciones siguientes de este texto, Escalona et. al. mejoran y detallan los caracteres clínicos, emplean el término prurigo solar para señalar el predominio de las lesiones pruriginosas. Sin embargo ellos no sabían que estaban describiendo una nueva enfermedad; si no que la interpretaron como una forma de "prurigo estival de Hutchinson", la fotografía presentada en su libro tiene características idénticas de la enfermedad ahora conocida como prurigo actínico o solar (7) Posteriormente en 1958 Brandt publicó sus observaciones de esta enfermedad en indígenas de E.E.U.U. (3, 7)

TERMINOS ESPECIALIZADOS

Prurigo actínico.

Prurigo solar.

Enfermedad por fotosensibilidad de tipo inmunológico.

MARCO DE REFERENCIA

trabajo hecho por patólogos que mayor influencia ha tenido en la literatura es el basado en un estudio de 20 biopsias provenientes de 16 pacientes indígenas de la provincia de Saskatchewan en Canada, por Lane et. al (9); en nuestro medio, Magaña y Cervantes describieron los caracteres histopatológicos del P.S. en los niños (10).

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿qué parámetros histológicos no están descritos en la literatura, cuales son de relevancia para el diagnóstico, y cuáles son específicos?

JUSTIFICACIÓN

En los países latinoamericanos el prurigo actínico o solar es más común que en otros países, ocupa el décimo cuarto lugar en el departamento de Dermatología Pediátrica del Hospital General de México (1.34%) (2). Actualmente la histopatología de esta enfermedad no tiene criterios ampliamente aceptados y en la literatura no se mencionan todos los hallazgos microscópicos que se encuentran en las biopsias de estos pacientes. Este estudio pretende establecer los hallazgos histopatológicos y criterios específicos para diagnosticar el prurigo

MARCO DE REFERENCIA

trabajo hecho por patólogos que mayor influencia ha tenido en la literatura es el basado en un estudio de 20 biopsias provenientes de 16 pacientes indígenas de la provincia de Saskatchewan en Canada, por Lane et. al (9); en nuestro medio, Magaña y Cervantes describieron los caracteres histopatológicos del P.S. en los niños (10).

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿qué parámetros histológicos no están descritos en la literatura, cuales son de relevancia para el diagnóstico, y cuáles son específicos?

JUSTIFICACIÓN

En los países latinoamericanos el prurigo actínico o solar es más común que en otros países, ocupa el décimo cuarto lugar en el departamento de Dermatología Pediátrica del Hospital General de México (1.34%) (2). Actualmente la histopatología de esta enfermedad no tiene criterios ampliamente aceptados y en la literatura no se mencionan todos los hallazgos histoscópicos que se encuentran en las biopsias de estos pacientes. Este estudio pretende establecer los hallazgos histopatológicos y criterios específicos para diagnosticar el prurigo

MARCO DE REFERENCIA

trabajo hecho por patólogos que mayor influencia ha tenido en la literatura es el basado en un estudio de 20 biopsias provenientes de 16 pacientes indígenas de la provincia de Saskatchewan en Canada, por Lane et. al (9); en nuestro medio, Magaña y Cervantes describieron los caracteres histopatológicos del P.S. en los niños (10).

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿qué parámetros histológicos no están descritos en la literatura, cuales son de relevancia para el diagnóstico, y cuáles son específicos?

JUSTIFICACIÓN

En los países latinoamericanos el prurigo actínico o solar es más común que en otros países, ocupa el décimo cuarto lugar en el departamento de Dermatología Pediátrica del Hospital General de México (1.34%) (2). Actualmente la histopatología de esta enfermedad no tiene criterios ampliamente aceptados y en la literatura no se mencionan todos los hallazgos microscópicos que se encuentran en las biopsias de estos pacientes. Este estudio pretende establecer los hallazgos histopatológicos y criterios específicos para diagnosticar el prurigo

OBJETIVO

determinar los criterios histopatológicos para diagnosticar el prurigo actínico o solar.

HIPÓTESIS

Si existen criterios histopatológicos para el prurigo solar entonces el diagnóstico histopatológico será de certeza y no de compatibilidad.

DISEÑO

Se trata de un estudio descriptivo, abierto, observacional, retrospectivo y transversal.

OBJETIVO

determinar los criterios histopatológicos para diagnosticar el prurigo actínico o solar.

HIPÓTESIS

Si existen criterios histopatológicos para el prurigo solar entonces el diagnóstico histopatológico será de certeza y no de compatibilidad.

DISEÑO

un estudio descriptivo, abierto, observacional, retrospectivo y transversal.

OBJETIVO

determinar los criterios histopatológicos para diagnosticar el prurigo actínico o solar.

HIPÓTESIS

Si existen criterios histopatológicos para el prurigo solar entonces el diagnóstico histopatológico será de certeza y no de compatibilidad.

DISEÑO

un estudio descriptivo, abierto, observacional, retrospectivo y transversal.

MATERIAL Y MÉTODOS

UNIVERSO

Todos los diagnósticos histopatológicos compatibles con prurigo solar revisando las manifestaciones clínicas de 1984 a 1992 en el departamento de Patología del Hospital General "Dr. Manuel Gea González"

TAMAÑO DE LA MUESTRA

Se revisó el archivo de patología y se encontraron 22 casos completos, de 1984 a 1992.

IDENTIFICACIÓN

Secuencial

CRITERIOS DE SELECCIÓN

CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

Que clínicamente los pacientes hayan sido diagnosticados inequívocamente como portadores de P.S.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Que histológicamente no sea compatible con el diagnóstico clínico e histopatológico de prurigo solar.

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

Las laminillas que no se encuentren en el archivo.

Información clínica ausente en el archivo.

MATERIAL Y MÉTODOS

UNIVERSO

Todos los diagnósticos histopatológicos compatibles con prurigo solar revisando las manifestaciones clínicas de 1984 a 1992 en el departamento de Patología del Hospital General “Dr. Manuel Gea González”

TAMAÑO DE LA MUESTRA

Se revisó el archivo de patología y se encontraron 22 casos completos, de 1984 a 1992.

IDENTIFICACIÓN

Secuencial

CRITERIOS DE SELECCIÓN

CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

Que clínicamente los pacientes hayan sido diagnosticados inequívocamente como portadores de P.S.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Que histológicamente no sea compatible con el diagnóstico clínico e histopatológico de prurigo solar.

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

Las laminillas que no se encuentren en el archivo.

Información clínica ausente en el archivo.

MATERIAL Y MÉTODOS

UNIVERSO

Todos los diagnósticos histopatológicos compatibles con prurigo solar revisando las manifestaciones clínicas de 1984 a 1992 en el departamento de Patología del Hospital General “Dr. Manuel Gea González”

TAMAÑO DE LA MUESTRA

Se revisó el archivo de patología y se encontraron 22 casos completos, de 1984 a 1992.

IDENTIFICACIÓN

Secuencial

CRITERIOS DE SELECCIÓN

CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

Que clínicamente los pacientes hayan sido diagnosticados inequívocamente como portadores de P.S.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Que histológicamente no sea compatible con el diagnóstico clínico e histopatológico de prurigo solar.

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

Las laminillas que no se encuentren en el archivo.

Información clínica ausente en el archivo.

MATERIAL Y MÉTODOS

UNIVERSO

Todos los diagnósticos histopatológicos compatibles con prurigo solar revisando las manifestaciones clínicas de 1984 a 1992 en el departamento de Patología del Hospital General “Dr. Manuel Gea González”

TAMAÑO DE LA MUESTRA

Se revisó el archivo de patología y se encontraron 22 casos completos, de 1984 a 1992.

ORIGEN DE LA MUESTRA

Secundario

CRIITERIOS DE SELECCIÓN

CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

Que clínicamente los pacientes hayan sido diagnosticados inequívocamente como portadores de P.S.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Que histológicamente no sea compatible con el diagnóstico clínico e histopatológico de prurigo solar.

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

Las laminillas que no se encuentren en el archivo.

Información clínica ausente en el archivo.

VARIABLES

Independientes: edad, sexo.

Dependientes

- a) De la patología: el tiempo de evolución, el diagnóstico clínico, localización de la lesión, silueta de la biopsia, cambios epiteliales: espongiosis, excitosis, hiperplasia epidérmica; dérmicos: infiltrado celular, tipos celulares, melanina, melanófagos, extravasación de eritrocitos, y elastosis solar. Si la lesión es aguda o crónica.
- b) Del investigador: la experiencia en la enfermedad, tanto clínica como histopatológica, del investigador asociado.

PARÁMETROS DE MEDICIÓN

1. Edad
2. Sexo
3. Tiempo de evolución
4. Diagnóstico clínico
5. Localización de la lesión
6. Silueta de la biopsia
7. Cambios epiteliales: se describirán los cambios que existen en la epidermis.
 - Espongiosis: Si esta presente (focal +, varios focos ++, si se extiende al epitelio folicular +++) o ausente.
 - Excitosis: si esta presente (+) o ausente (-)

VARIABLES

Independientes: edad, sexo.

Dependientes

- a) De la patología: el tiempo de evolución, el diagnóstico clínico, localización de la lesión, silueta de la biopsia, cambios epiteliales: espongirosis, exocitosis, hiperplasia epidérmica; dérmicos: infiltrado celular, tipos celulares, melanina, melanófagos, extravasación de eritrocitos, y elastosis solar. Si la lesión es aguda o crónica.
- b) Del investigador: la experiencia en la enfermedad, tanto clínica como histopatológica, del investigador asociado.

PARÁMETROS DE MEDICIÓN

1. Edad
2. Sexo
3. Tiempo de evolución
4. Diagnóstico clínico
5. Localización de la lesión
6. Silueta de la biopsia
7. Cambios epiteliales: se describirán los cambios que existen en la epidermis.
 - Espongirosis: Sí esta presente (focal +, varios focos ++, si se extiende al epitelio folicular +++) o ausente.
 - Exocitosis: si esta presente (+) o ausente (-)

- Hiperplasia epidérmica (paraqueratosis) +/- ó +/+/+++

Dérmicos:

- Infiltrado celular (patrón): la profundidad y la forma en la que infiltra la inflamación.
- Infiltrado celular (tipo): tipo de infiltrado inflamatorio que predomina.
- Otros tipos celulares: (células plasmáticas, eosinófilos o polimorfonucleares)
- Melanina y melanófagos si esta presente (+) o ausente (-)
- Extravasación de eritrocitos si esta presente (+) o ausente (-)
- Lesión aguda y crónica.
- Dilatación vascular. Si esta presente (+) o ausente (-)
- Elastosis solar: Si esta presente (+) o ausente (-)

PROCEDIMIENTO DE CAPTACIÓN DE LA INFORMACIÓN

- A. Se revisó el archivo del Departamento de Patología del Hospital General “Dr. Manuel Gea Gonzalez” del año de 1984 a 1992.
- B. Se seleccionaron los diagnósticos histopatológicos de prurigo solar.
- C. Se revisaron los expedientes clínicos de los casos seleccionados para el llenado de la hoja de captura de datos.
- D. Los tres investigadores independientemente y luego en conjunto revisaron las laminillas seleccionadas.

RESULTADOS

Se obtuvieron 26 biopsias de 22 pacientes, los cuales cumplieron los criterios clínicos descritos anteriormente. Las biopsias fueron de la cara, o del antebrazo, o del brazo.

Las edades oscilaron entre los 10 años y 64 años, con una media de 34 años (gráfica 1). 14

pacientes correspondieron al sexo femenino y 8 al sexo masculino (tabla 1).

En todas las muestras (26) exhibieron silueta en forma de domo, lo que refleja el carácter papilar de las lesiones (tabla 2).

Los cambios histopatológicos que se observaron fueron de tipo epidérmico y dérmico.

Los cambios epiteliales fueron: hiperplasia epidérmica psoriasiforme de grado variable en

20 biopsias, con ortoqueratosis 3 de estas mismas y paraqueratosis en 17 muestras, la cual

se graduó en leve en 11 casos y moderada en 5 casos y extensa (ningún caso).

La espongirosis se observó en 25 casos de los cuales 18 también presentaron plasma en la capa

corneal; la espongirosis se graduó en leve 9 casos, moderada en 7 casos y acentuada en 9

casos. Se observó exocitosis (migración focal de linfocitos hacia la epidermis) en 15 casos, en

relación con la espongirosis acentuada y moderada (tabla 2).

Los cambios dérmicos fueron: infiltrado inflamatorio perivascular, superficial y medio en las

26 biopsias. El tipo de células inflamatorias que se observó de manera constante fue el

linfocito seguido del eosinófilo en cantidad variable en 24 biopsias, pero usualmente en

proporción de 1 por 20 linfocitos.

Otros tipos de células inflamatorias que se observaron fueron las células plasmáticas (18

biopsias) y escasos polimorfonucleares (15 biopsias). La extravasación de eritrocitos se

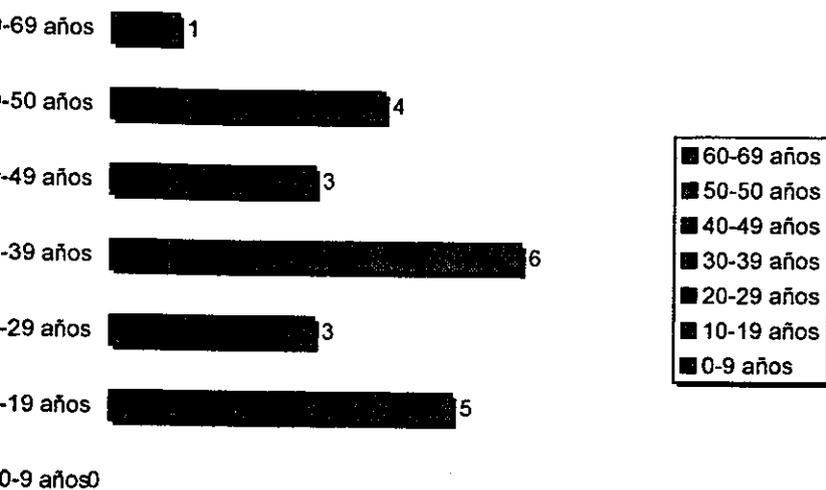
observó en 24 muestras. La melanina dentro y fuera de melanófagos se vio en 23 biopsias en la

dermis papilar y dermis reticular superficial. En 4 casos se observó elastosis solar y 9 casos

de dilatación vascular importante.

la dermis papilar y dermis reticular superficial. En 4 casos se observó elastosis solar y 9
os dilatación vascular importante.
los 26 casos 20 casos se consideraron lesión aguda y 6 casos en lesión crónica en base a
hiperqueratosis y la espongiosis presente (tabla 2).

Gráfica 1. Numero de casos del prurigo solar (actínico) por grupo de edad.



	0-9 años	10-19 años	20-29 años	30-39 años	40-49 años	50-50 años	60-69 años
Total	0	5	3	6	3	4	1

Tabla 1. Edad, sexo, tiempo de evolución y localización de las lesiones.

Caso No de psias)	Edad	Sexo	Tiempo de evolución	Localización
(2)	46 a	F	10 a	Mejilla, glabelas, dorso nasal y mentón
2	64 a	M	5 m	Cabeza, cuello en caras expuestas y V del escote, antebrazo y dorso de manos, piernas, dorso de pies, tórax, abdomen y glúteos
3	59 a	F	6 a	Cara
4	45 a	F	36	Cara y antebrazo.
(2)	37 a	M	20 a	Cara en toda su extensión y labios
6	34 a	F	3 a	Cara externa de brazos y antebrazos, cara anterior de pierna izquierda
7	52 a	F	5 a	Antebrazos, piernas y tobillos
8	40 a	F	20 a	Nariz, mejilla, frente y áreas expuestas de brazos
9	32 a	F	32 a	Frente, nariz, mejillas, mentón y labio superior
10	20 a	F	5 a	Mejilla, dorso de nariz, labio superior, brazos, antebrazos y dorso de manos
11	15 a	F	6 a	Dorso de nariz, mejillas, labio inferior, miembros superiores e inferiores
12	12 a	M	3 a	Cara, labio, extremidades superiores
(2)	38 a	F	7 a	Cara, tórax anterior, nalga y piernas
14	52 a	M	3 a	Labio, pabellones auriculares, escote V, brazos, antebrazos y piernas
(2)	52 a	M	41 a	Frente, V del escote, labio, malar y antebrazos
16	25 a	F	12 a	Dorso de nariz, mejillas, cara posterior y externa de brazos, cara anterior y lateral de piernas
17	33 a	M	33 a	Frente, mejillas, dorso de nariz y labios
18	10 a	M	8 a	Malar, conjuntiva, labio, cara externa de brazos y antebrazos
19	17 a	F	8 a	Mejillas, dorso de nariz, antebrazos, cara anterior de piernas
20	11 a	F	5 a	Cara, brazo y antebrazo
21	27 a	M	3 m	Mejillas, frente, labio superior, conjuntiva, V del escote, cara externa de antebrazos
22	36 a	F	20 a	Mejilla, labio superior y conjuntiva

Tabla 2. Frecuencia de presentación de las alteraciones epidérmicas y dérmicas en el surtido actínico de las 26 muestras analizadas.

Topopatología	Frecuencia (No. de biopsias)
Uvea en domo	26
Epidermis	
Hiperplasia psoriasiforme	20
Ortoqueratosis	3
Paraqueratosis	17
Espongiosis	25
Plasma en la capa cornea	18
Exocitosis	15
Dérmis	
Infiltrado inflamatorio perivascular, superficial y medio	26
Linfocitos	26
Eosinófilos	24
Células plasmáticas	18
Polimorfonucleares	15
Melanina y melanófagos	23
Extravasación de eritrocitos	24
Elastosis solar	4
Dilatación vascular	9

ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

Las biopsias estudiadas fueron principalmente de adultos, con edad media de 34 años, pero y que tomar en cuenta que es una enfermedad de evolución crónica y la mayoría de estos pacientes tiene mas de 5 años de evolución como por ejemplo en el caso de un hombre de 52 años que tiene mas de 41 años de evolución, lo que sugiere que la enfermedad se manifestó en la infancia. Se afectan ambos sexos, y al igual que en la literatura se presentó en la mujer con la misma frecuencia.

Las alteraciones histopatológicas se dividieron en epidérmicas y dérmicas; además se evaluó la morfología de la biopsia que en todos los casos fue en forma de domo, lo que denota que era una lesión papular clínicamente.

Las alteraciones epidérmicas que se presentaron con mayor frecuencia fueron en primer lugar la espongirosis (25 casos) seguida de la hiperplasia psoriasiforme (20 casos), el plasma de la cornea (18 casos) se presentó en relación con el grado de la espongirosis, la ortoqueratosis no es constante pero sí es frecuente observarla (17 casos), y es muy raro observar ortoqueratosis (3 casos). La exocitosis (15 casos) es constante en los casos que presentan espongirosis acentuada y moderada.

Las lesiones dérmicas constantes fueron: el infiltrado inflamatorio linfocítico perivascular, superficial y medio y en algunos casos (18 casos) se observaron células plasmáticas, probablemente asociado a la evolución de la enfermedad ya que los pacientes que tenían menos de 5 años de evolución no las presentaron, también se vió con mucha frecuencia (24 casos) la presencia de eosinófilos y polimorfonucleares (15 casos). La melanina dentro y fuera de los melanófagos (23 casos) es común encontrarla en la dermis papilar y reticular superficial junto con la extravasación de eritrocitos (24 casos). Las alteraciones que son

eraciones que son menos frecuentes observarlas son la dilatación vascular (9 casos) y la elastosis solar (4 casos), estas dos últimas no se consideran signos histopatológicos del eritemo actínico, pero si nos sugiere que hay exposición al sol sin protector contra este en el caso de la elastosis.

DISCUSIÓN

En las enfermedades inflamatorias de la piel el diagnóstico histopatológico era inespecífico, ya que se reconocieron los diversos patrones de reacción en los años 70, ya que algunas de ellas comparten cambios morfológicos similares, en este estudio se determinó los cambios morfológicos del prurigo solar para ver cuales son constantes y de esta forma poder determinar los criterios que apoyen el diagnóstico y al mismo tiempo permita hacer diagnóstico diferencial con otras entidades de carácter inflamatorio.

Nuestra población es principalmente adultos, pero esto no quiere decir que predomina en los adultos, mas bien se manifiesta en la infancia y permanece hasta la edad adulta, y nuestra población estudiada (adultos predominantemente) es la que asiste a este hospital. Predomina en las mujeres. Los cambios morfológicos constantes son la silueta en domo (numular), los cambios epidérmicos que se presentaron con mayor constancia son la angiomas, hiperplasia psoriasiforme, el plasma en la cornea y la exocitosis asociada a la angiomas acentuada.

Los cambios dérmicos constantes fueron inflamación linfocítica perivascular, superficial y profunda, eosinófilos y algunos casos con células plasmáticas y polimorfonucleares.

Los hallazgos histopatológicos coinciden en buena medida con los observados por [et al. (9)] pero en lesiones crónicas hay menor proporción de eosinófilos y además también se observan células plasmáticas. Confirmamos que estos son criterios de compatibilidad y no de certeza por que hay entidades que histopatológicamente son similares: la dermatitis numular y la dermatitis por contacto de tipo alérgico, pero en estas la proporción de eosinófilos es mucho mayor; otro diagnóstico diferencial es el que se presenta como reacción a la infección por artrópodos, dermatitis alérgicas por

rosensibilidad; pero en otras si nos permite hacer el diagnóstico diferencial como a continuación se comenta.

PS es una dermatitis espongíotica con caracteres clínico e histopatológico propios. Con reacciones por fotosensibilidad de tipo inmunológico morfológicamente son distinguibles por lo que es necesario apoyarse en los datos clínicos.

Lupus eritematoso no es espongíotica es una dermatitis vacuolar de la interfase, frecuentemente atrófica y excepcionalmente paraqueratósica, el infiltrado es linfocitario intravascular, superficial y profundo y perianexial, con mucina en la dermis reticular.

Prurigo nodular de Hyde es un estadio crónico final de enfermedades papulares pruriginosas y no una entidad, por lo que puede haber casos que estén en esta etapa.

En el prurigo por artrópodos hay espongiosis e infiltrado de linfocitos, células plasmáticas eosinófilas pero es superficial, profundo e intersticial y la proporción de eosinófilos es grande (11)

**ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA**

CONCLUSIÓN

En este estudio se demostró que existen criterios histopatológicos de compatibilidad en el eritema actínico que permiten al patólogo hacer el diagnóstico por microscopía de luz en secciones de hematoxilina-eosina y por lo tanto hacer el diagnóstico diferencial con otras enfermedades de tipo inflamatorio.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- David E. Lever's . David E. Histopathology of the Skin. Lippincott-Raven. 1997. p. 306
- Magaña M. Prurigo solar en la niñez. Manifestaciones cutáneas, oculares y labiales. Bol Med Hosp Infant Mex; 1999; 56:326-331
- Petrer R, Lane B.M. Actinic prurigo: Clinical features and prognosis. Am Acad Dermatol. 1992; 26:683-92
- Herrera GR, Magaña M. Follicular cheilitis. A distinctive histopathologic finding in actinic prurigo. Am J Dermatopathol; 1995; 17: 357-62
- Londoño F. Thalidomide in the treatment of actinic prurigo. Int J Dermatol 1973; 12:323-8
- Escalona E, Magaña LM. Dermatología. Lo esencial para el estudiante. Segunda edición. México. Impresiones Modernas. 1959. p174-8
- Magaña M. Actinic o solar prurigo. J Am Acad Dermatol 1997; 36:504
- Grabczynska S.A. Actinic prurigo and polymorphic light eruption: common pathogenesis and the importance of HLA-DR4*DRB1*0407. Br. J Dermatol 1999; 140: 232-36
- Lane PR. Histopathology of actinic prurigo. Am J Dermatopathol 1993; 15:326-31
- Magaña M, Cervantes M: Histopatología del prurigo solar. Rev Invest Clin 2000; 52:391-396
- Ackerman AB Histologic diagnosis of inflammatory skin diseases 2 nd Edn. Baltimore: Williams & Wilkins. 1997: 525-31