



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MEXICO

DIRECCIÓN DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN

CENTRO DERMATOLÓGICO "DR. LADISLAO DE LA PASCUA"

CURSO UNIVERSITARIO DE ESPECIALIZACIÓN EN DERMATOPATOLOGÍA



HIPERQUERATOSIS EPIDERMOLITICA: CORRELACION CLINICO-PATOLOGICA
EN EL CENTRO DERMATOLOGICO PASCUA (1955-2017)

PRESENTADO POR: EMANUEL FIGUEROA BENITEZ

PARA OBTENER EL DIPLOMA DE SUBESPECIALISTA EN
DERMATOPATOLOGIA

DIRECTOR DE TESIS:

DRA. GISELA NAVARRETE FRANCO

Jefa del Departamento de Dermatopatología del Centro Dermatológico Dr. Ladislao de
la Pascua

2019

CD.MX.



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.

HIPERQUERATOSIS EPIDERMOLITICA: CORRELACION CLINICO-PATOLOGICA
EN EL CENTRO DERMATOLOGICO PASCUA (1955-2017)

AUTOR: EMANUEL FIGUEROA BENITEZ

Vo. Bo.

DRA. GISELA NAVARRETE FRANCO

Profesor titular del Curso de Especialización en Dermatopatología

Vo. Bo.

DR. FEDERICO MIGUEL LAZCANO RAMIREZ

Director de Educación e Investigación

INDICE

1. MARCO TEORICO	
1.1 Antecedentes.....	5
1.2 Planteamiento del Problema.....	13
1.3 Pregunta de Investigación	14
1.4 Hipótesis.....	14
1.5 Justificación.....	14
1.6 Objetivo General.....	15
1.7 Objetivos Específicos.....	15
2. MATERIAL Y MÉTODOS	
2.1 Tipo de estudio.....	16
2.2 Diseño del universo.....	16
2.2.1 Criterios de Inclusión.....	16
2.2.2 Criterios de Exclusión.....	16
2.2.3. Diseño de la muestra.....	16
2.3 Determinación de variables.....	17
3. ASPECTOS LOGISTICOS	
4.1 Recursos Humanos.....	18
4.2 Recursos materiales.....	18
4.3 Recursos Físicos	18
4. RESULTADOS.....	19
5. DISCUSION.....	27
6. CONCLUSIONES.....	29
7. BIBLIOGRAFIA.....	30
8. ANEXOS (FOTOS HISTOLOGICAS Y CLINICAS)	32

ANTECEDENTES

Cuando nos enfrentamos a una laminilla debemos dominar la propedéutica histológica para una correcta lectura de la misma, aunque en muchas ocasiones no basta con dicha lectura, es necesario apoyarse de la clínica, por ello resulta imprescindible la correlación clínico-patológica para el diagnóstico final y con ello beneficiar finalmente a nuestros pacientes.

Es en este contexto donde surgen los patrones de reacción tisular, es decir, un conjunto de hallazgos histológicos que son comunes a diferentes patologías. Existen diferentes patrones de reacción tisular, estos a su vez se clasifican en Mayores y Menores.¹

PATRONES DE REACCION TISULAR	
MAYORES	MENORES
Liquenoide	<u>Hiperqueratosis</u> <u>Epidermolítica</u>
Psoriasiforme	Disqueratosis Acantolítica
Espongiforme	Laminilla Cornoide
Vesiculo-ampolloso	Papilomatosis
Granulomatoso	Angiofibromas Acrales
Vasculopático	Celulitis eosinofílica
	Eliminación Transepitelial
	Estoriforme

La Hiperqueratosis Epidermolítica (HE) es un patrón de reacción tisular, que se considera producto de una anomalía en la maduración epidérmica; se caracteriza por una hiperqueratosis compacta, acompañada de degeneración granulosa y vacuolar de las células de las capas espinosa y granular que puede ser un defecto congénito o adquirido. ¹⁻²

Dicho patrón de reacción tisular puede encontrarse en número variable de entidades clínicas, Mckee, considera las siguientes entidades nosológicas que comparten dicho patrón:

1. Eritrodermia Ictiosiforme ampollosa de Brocq
2. Ictiosis Epidermolítica anular
3. Ictiosis ampollosa de Siemens
4. Nevo epidérmico
5. Acantoma Epidermolítico/Leucoplasia
6. Queratosis Epidermolítica palmoplantar
7. Hallazgo incidental (Hiperqueratosis Epidermolítica focal, queratosis solar) ²

ERITRODERMIA ICTIOSIFORME CONGENITA AMPOLLOSA

Mal llamada Hiperqueratosis Epidermolítica, es una genodermatosis con patrón de herencia autosómico dominante, aunque en el 50% de los casos puede presentarse como mutación *de novo*. Tiene una incidencia de 1: 300000 nacimientos.

Fue descrita en 1902 por Brocq como una eritrodermia Ictiosiforme.

Existe una alteración en citoqueratinas 1 y 10 que están implicadas en la diferenciación suprabasal de los queratinocitos. Las mutaciones de estas queratinas conllevan a la formación de queratinas defectuosas, esto a su vez genera colapso de queratinocitos con la subsecuente citólisis y la formación clínica de ampollas.

En 1994 DiGiovanna distinguió clínicamente 2 tipos de Eritrodermia Ictiosiforme Ampollosa Congénita (EICA) con base a la presencia o ausencia de queratodermia palmoplantar.

Al nacimiento, clínicamente se pueden observar zonas queratósicas marcadas, eritrodermia o presentarse como bebe colodión. Las ampollas son superficiales y grandes que al romperse dejan zonas de exulceración. Con el tiempo existe disminución gradual tanto de la eritrodermia como de las ampollas evolucionando a placas queratósicas de aspecto verrugoso en zonas de flexión, piel cabelluda y nalgas.

El pelo, las uñas y los dientes no presentan alteraciones.

Los hallazgos histológicos corresponden al patrón de Hiperqueratosis Epidermolítica o degeneración granular, en éste los queratinocitos subbasales aparecen vacuolados y característicamente contienen inclusiones intracitoplasmáticas eosinofílicas, los gránulos de queratohialina se observan gruesos e irregulares. Hay hiperqueratosis masiva, papilomatosis y acantosis.

Por Inmunohistoquímica se observa una distribución normal de las citoqueratinas 5/14 y 1/10, pero se encuentra sobreexpresión de K14 en el epitelio suprabasal.

Ultraestructuralmente las inclusiones intracitoplásmicas contienen agregados anormales de queratina y filamentos además de alteración en el complejo desmosoma-queratina.²⁻⁶

ICTIOSIS AMPOLLOSA DE SIEMENS

Tiene una herencia autosómica dominante, inicia al nacimiento con la formación de ampollas que posteriormente son reemplazadas por placas queratósicas liquenificadas de color oscuro en extremidades, principalmente en pliegues y espinillas. Regularmente no se observa eritrodermia, se pueden encontrar pústulas y zonas con hipertrichosis. Las lesiones habitualmente mejoran con la edad. Existe mutación en la K2.

Histológicamente presenta el patrón de Hiperqueratosis epidermolítica.²

ACANTOMA EPIDERMOLITICO

Es un tumor benigno de presentación poco habitual. Fue descrito por primera vez por Shapiro y Baraf, para 1973 Hirone y Fukushiro comunicaron el caso de un paciente con lesiones en tronco y extremidades, ellos lo denominaron Acantoma Epidermolítico diseminado.

Se observan más a menudo en hombres, la edad media es de 60 años.

Existen mutaciones en la K12 que a su vez codifica la expresión de las citoqueratinas 1 y 10 que están implicadas en cambios del citoesqueleto.

Clínicamente las lesiones se presentan habitualmente en tronco, predominando en la región escrotal en un 80% y en área perigenital, mientras que la forma diseminada se observa en espalda y abdomen. Morfológicamente no son característicos, debido a ello pueden ser lesiones únicas o múltiples, planas o exofíticas, con superficie verrugosa de 2 mm a 1 cm de diámetro, de color marrón a gris de evolución crónica y generalmente asintomáticas.

Histológicamente presenta el patrón de Hiperqueratosis Epidermolítica.

NEVO EPIDERMICO

Son lesiones que aparecen al nacimiento o en los primeros meses de edad, tiene una prevalencia de 1/1000 nacimientos. A lo largo del tiempo se han clasificado de acuerdo a sus características clínicas.

Se han clasificado también como nevos organoides (con diferentes estructuras histogénicas) y no organoides. Hoy en día la clasificación se basa en hallazgos histogenéticos.

Genéticamente existen mutaciones en citoqueratina 1 y 10 para nevos epidérmico organoides y mutación en el Gen R248C, así como en el receptor del factor de crecimiento fibroblástico tipo 3 (FGFR3) para nevos epidérmicos no organoides.

Estos, pueden presentarse clínicamente como lesiones lineales, únicas o múltiples, circunscritas o sistematizadas que siguen las líneas de Blaschko.

Los nevos epidérmicos sistematizados son los que se encuentran en un segmento corporal y habitualmente siguen líneas de Blaschko, es frecuente que exhiban hiperqueratosis Epidermolítica. En este grupo se encuentran el nevo unilateral (puede comportarse como marcador de patología interna) y la Queratosis neviforme de la areola que de acuerdo con la clasificación de Lévy y Franckel puede ser de 3 tipo: Por extensión de un nevo verrugoso de la proximidad, en el curso de una dermatosis generalizada e idiopática o nevoide

El NEVIL (Nevo Epidérmico Verrugoso Inflamatorio Lineal) se presenta en la infancia, predominio en niñas 2:1, es unilateral, disposición lineal y presenta prurito como regla.

La Ictiosis Hystrix es un Nevo epidérmico con patrón lineal que compromete de manera bilateral el 50% de la superficie corporal.

Recientemente se ha sugerido una mutación en el gen V2 de la queratina 1

Por otro lado, el Síndrome de Nevo Epidérmico fue descrito por Tobias en 1927, pero el término fue acuñado por Solomon para referirse al conjunto de alteraciones cutáneas y extracutáneas que se asocian a estos nevos. Esta entidad presenta alteraciones cutáneas, neurológicas, esqueléticas y oftalmológicas.

Histológicamente algunos nevos epidérmicos pueden exhibir el patrón de Hiperqueratosis Epidermolítica.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La Hiperqueratosis Epidermolítica es un patrón de reacción tisular compartido por diferentes entidades dermatológicas. En múltiples publicaciones se ha utilizado este patrón como sinónimo de Eritrodermia Ictiosiforme Ampollosa Congénita, lo que consideramos no adecuado ya que dicho patrón no es patognomónico de ninguna de las entidades descritas con anterioridad.

El Centro Dermatológico Dr. Ladislao de la Pascua es una unidad de referencia en patología cutánea, debido a ello consideramos pertinente realizar una revisión de este hallazgo histológico en el archivo del departamento de dermatopatología para conocer a que entidades nosológicas esta asociado.

PREGUNTA DE INVESTIGACION

¿En que entidades nosológicas cutáneas podemos encontrar el patrón de Hiperqueratosis Epidermolítica ?

HIPÓTESIS

El patrón de reacción tisular denominado Hiperqueratosis Epidermolítica se encontrará en diferentes patologías además de Eritrodermia Ictiosiforme Ampollosa Congénita.

JUSTIFICACION

Histológicamente la Eritrodermia Ictiosiforme Ampollosa Congénita comparte con el Nevo Epidérmico verrugoso, NEVIL, Ictiosis Epidermolítica de Siemens, Acantoma Epidermolítico el patrón de Hiperqueratosis Epidermolítica, por este motivo consideramos prudente revisar en que otras entidades cutáneas se encuentra presente dicho patrón histológico.

OBJETIVO GENERAL.

Determinar en qué patología es más frecuente encontrar el patrón de Hiperqueratosis Epidermolítica.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Determinar las patologías que presentan el patrón de Hiperqueratosis Epidermolítica en el período de 1955 a 2017
- Determinar las características clínicas y epidemiológicas de los pacientes que presenten este patrón de reacción tisular.
- Conocer la entidad clínica más asociada a este patrón tisular.

MATERIAL Y MÉTODOS.

- TIEMPO Y LUGAR

El estudio se llevara a cabo en el Laboratorio de Dermatopatología del Centro Dermatológico Pascua.

- DISEÑO

Retrospectivo, comparativo

- POBLACIÓN

No aplica

- CRITERIOS DE INCLUSIÓN

1. Diagnóstico histológico de Hiperqueratosis Epidermolítica del Centro Dermatológico Pascua en el período 1955 a 2017

- CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

1. No Aplica

- UNIVERSO DE LA MUESTRA

No aplica

- VARIABLES

VARIABLES	TIPO	DEFINICION OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICION	CALIFICACION	FUENTE
Patrón de Reacción tisular (Hiperqueratosis Epidermolítica)	Cualitativa	Presencia de Patrón histológico de reacción tisular	Continua	Presencia o ausencia	Laminilla
Edad	Cuantitativa	Número en años de paciente	Continua	Años	Expediente clínico
Sexo	Cualitativa			Mujer/Hombre	Expediente Clínico
Topografía	Cualitativa	Región anatómica afectada		Cabeza, Tronco, Extremidad superior e inferior	Expediente clínico
Morfología	Cualitativa	Forma de la dermatosis		Lesión elemental	Expediente clínico
Dermatosis final	Cualitativa	Patología final establecida por CP		Nombre de la patología	Expediente clínico

RECURSOS

Este trabajo de tesis de subespecialidad será presentado por el Dr. Emanuel Figueroa Benítez, médico residente del Centro Dermatológico Dr. Ladislao de la Pascua, inscrito en el programa de Residencias Médicas de la Universidad Nacional Autónoma de México.

Tal trabajo cuenta con el soporte del Dr. Fermín Jurado Santa Cruz director del Centro Dermatológico "Dr. Ladislao de la Pascua" y de la Dra. Gisela Navarrete Franco, especialista a cargo del laboratorio de

Dermatopatología del Centro Dermatológico "Dr. Ladislao de la Pascua".

RECURSOS MATERIALES

- Laminillas del servicio de Dermatopatología del Centro Dermatológico Pascua
- Hoja de recolección de datos

RECURSOS FISICOS

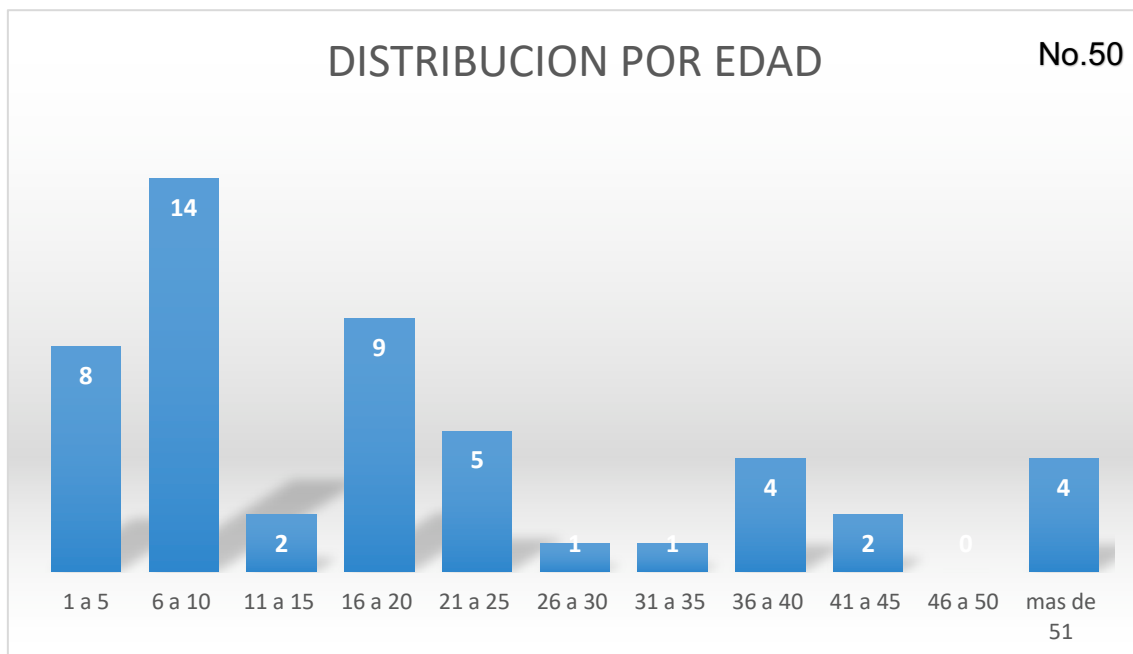
- Laboratorio de Dermatopatología del Centro Dermatológico " Dr. Ladislao de la Pascua".

RESULTADOS

Se revisó el archivo de Dermatopatología del año de 1955 a 2017, encontramos 50 casos con diagnóstico histopatológico de Hiperqueratosis Epidermolítica. A continuación, mostramos datos correspondientes a edad, topografía, morfología, evolución, sintomatología, diagnóstico inicial, hallazgos histopatológicos, diagnóstico final, así como la correlación clinicopatológica.

DISTRIBUCION POR EDAD.

Se encontró con mas frecuencia entre 5 a 10 años (14), el resto se muestran en la gráfica 1.



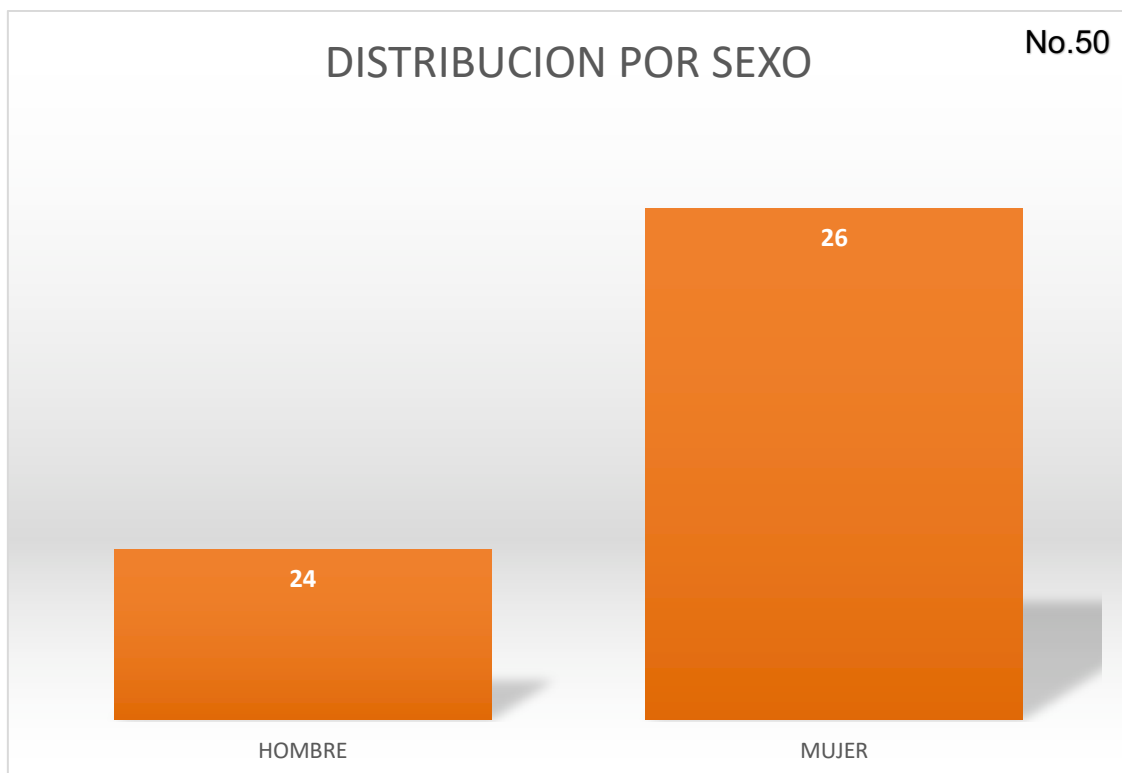
FUENTE. SERVICIO DERMATOPATOLOGIA
CENTRO DERMATOLOGICO PASCUA

EDAD	NO. CASOS
1-5	8
6-10	14
11-15	2
16-20	9
21-25	5
26-30	1
31-35	1
36-40	4
41-45	2
46-50	0
MAS DE 51	4
TOTAL	50

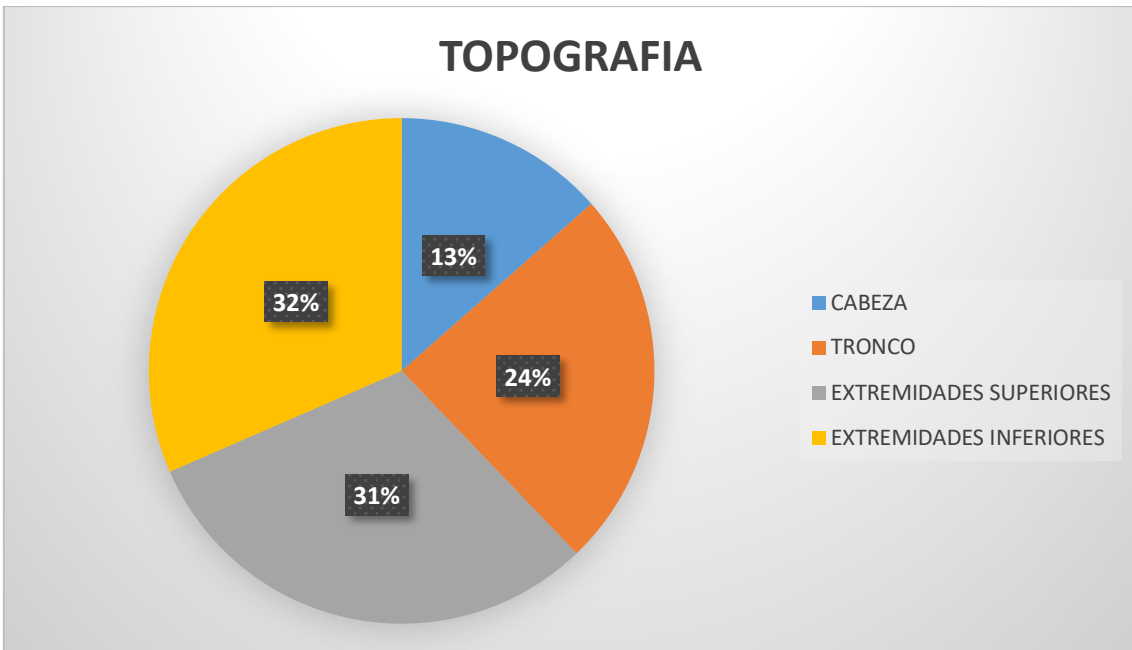
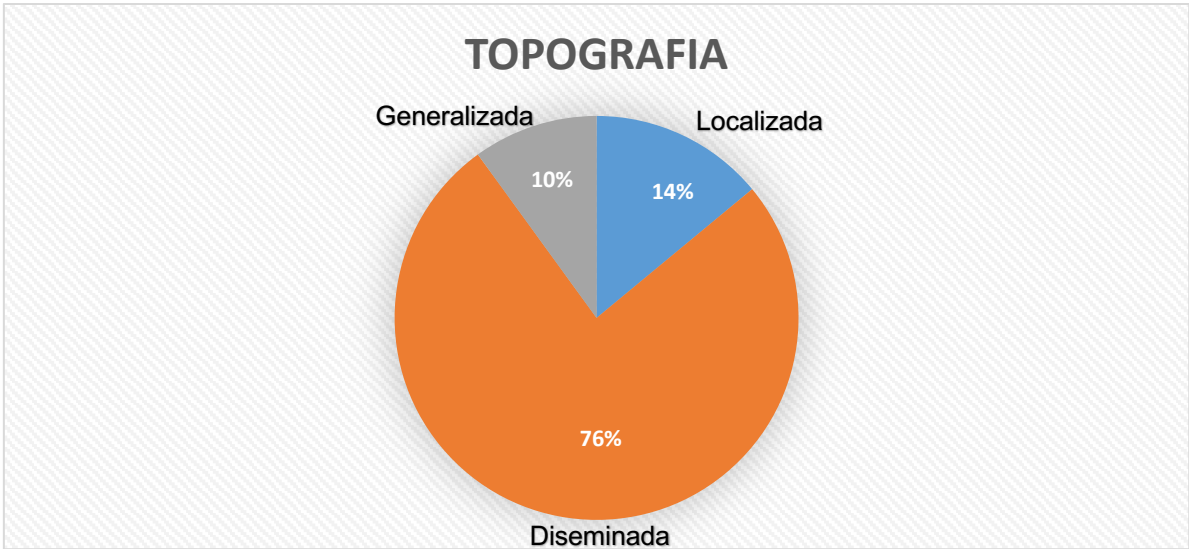
TABLA 1. DISTRIBUCION POR EDADES

DISTRIBUCION POR SEXO

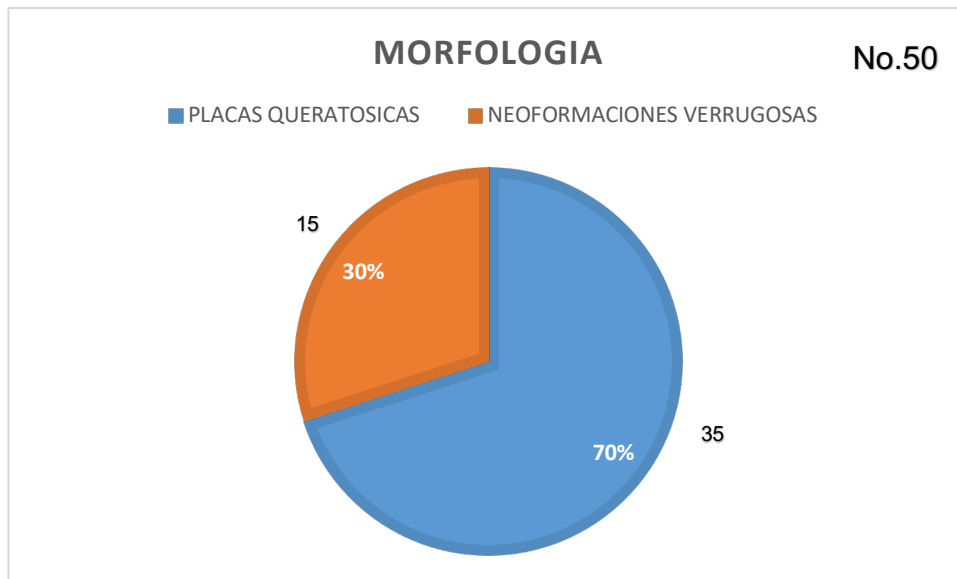
El diagnóstico de Hiperqueratosis Epidermolítica fue más frecuente en mujeres (26). Mostramos la gráfica de la distribución total. Grafica 2.



FUENTE. SERVICIO DERMATOPATOLOGIA
CENTRO DERMATOLOGICO PASCUA

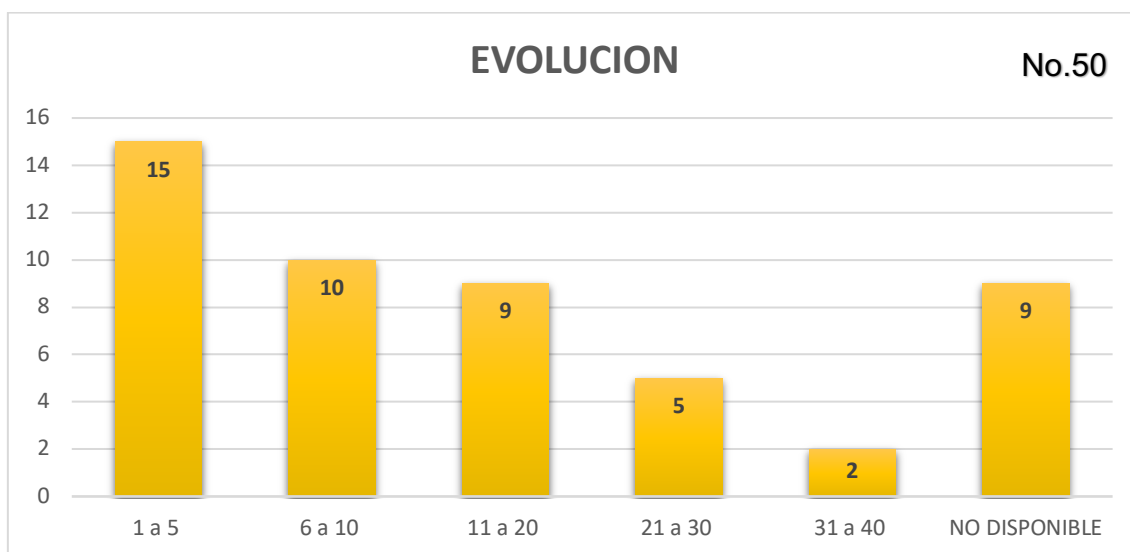


FUENTE. SERVICIO DERMATOPATOLOGIA
CENTRO DERMATOLOGICO PASCUA



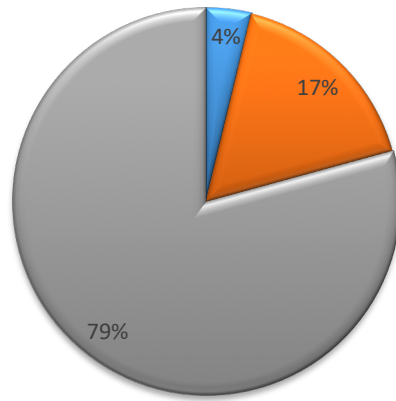
FUENTE. SERVICIO DERMATOPATOLOGIA
CENTRO DERMATOLOGICO PASCUA

TIEMPO DE EVOLUCION



FUENTE. SERVICIO DERMATOPATOLOGIA
CENTRO DERMATOLOGICO PASCUA

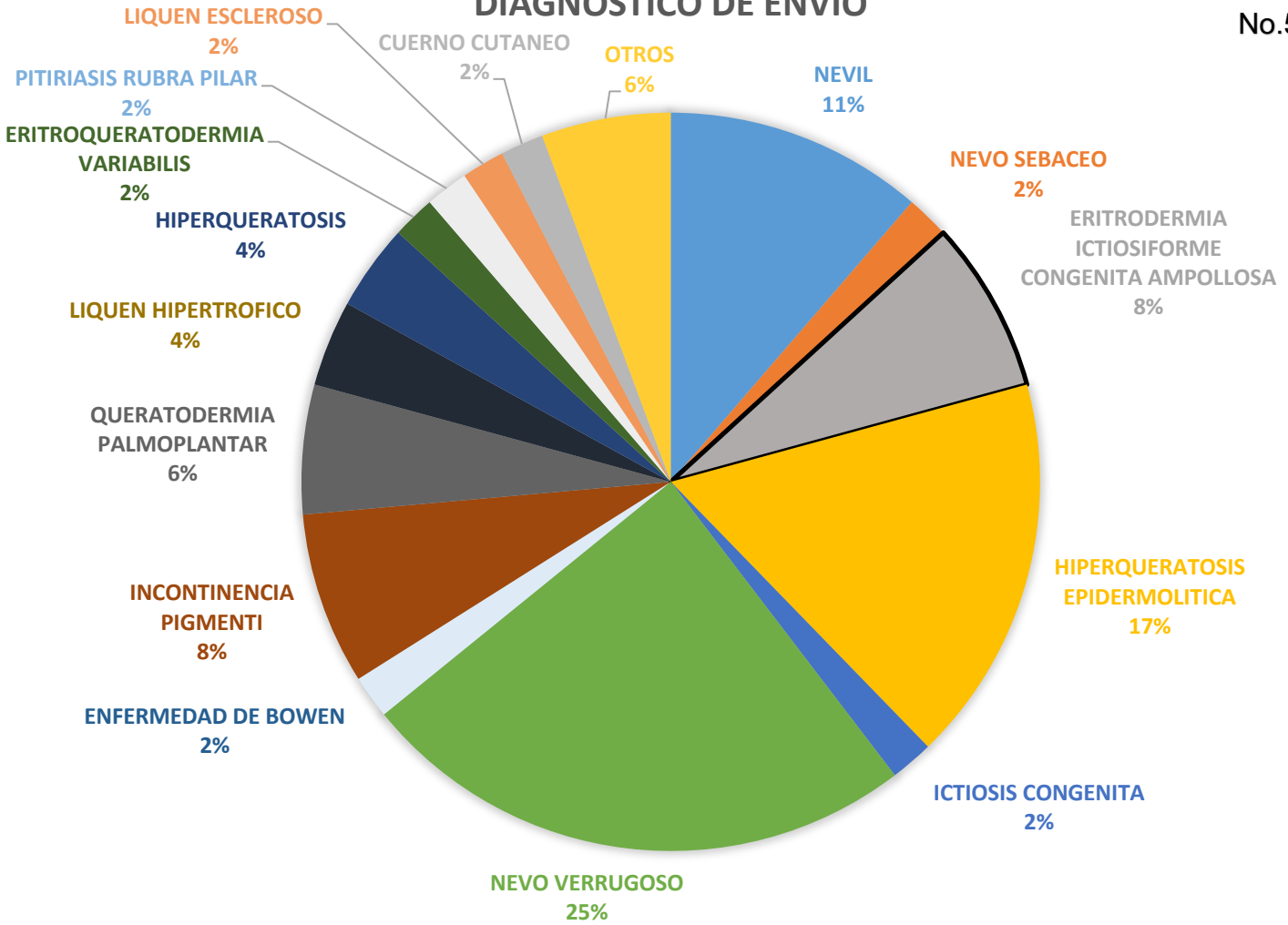
SINTOMATOLOGIA



■ DOLOR ■ PRURITO ■ ASINTOMATICO

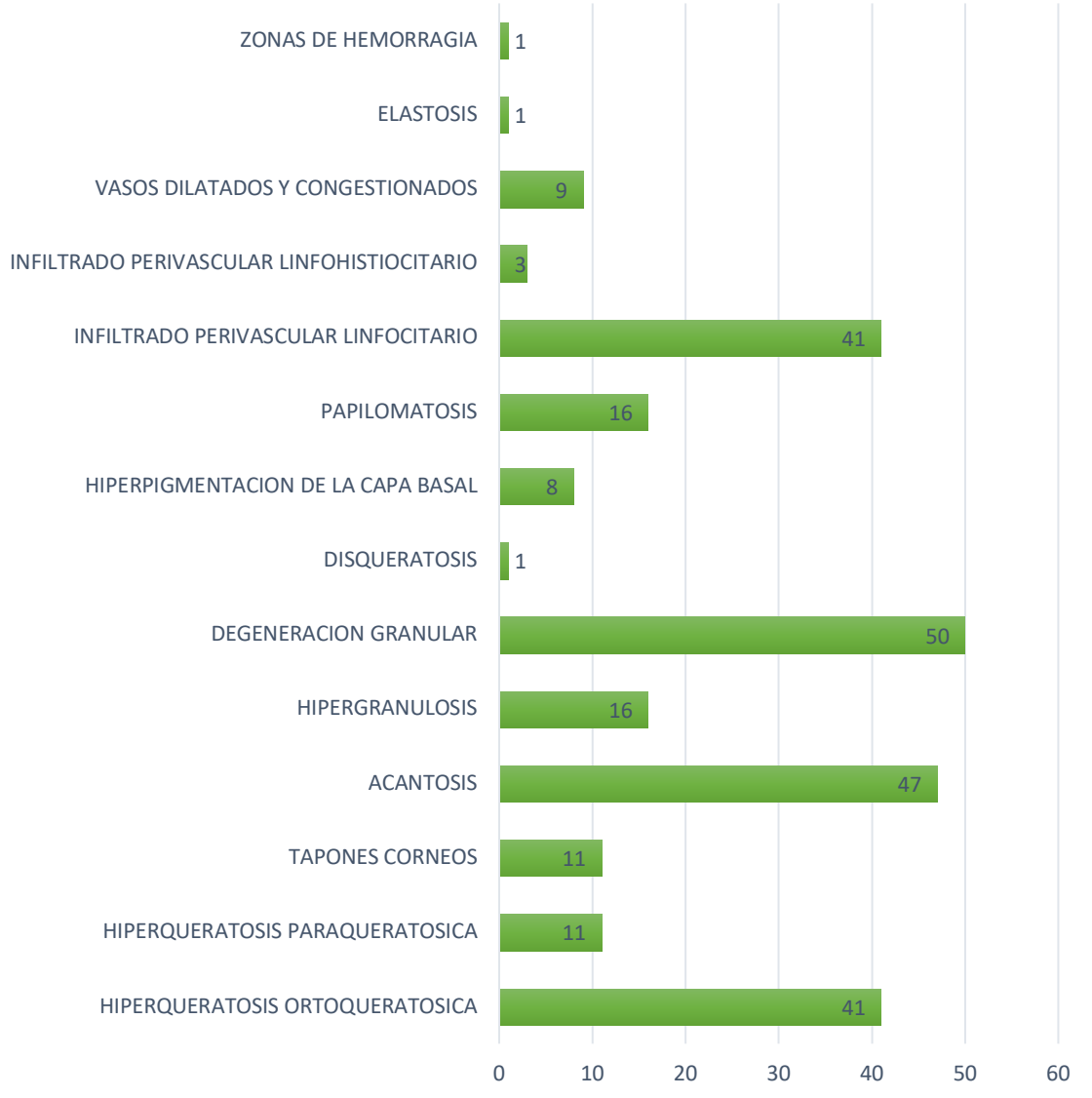
FUENTE. SERVICIO DERMATOPATOLOGIA
CENTRO DERMATOLOGICO PASCUA

DIAGNOSTICO DE ENVIO

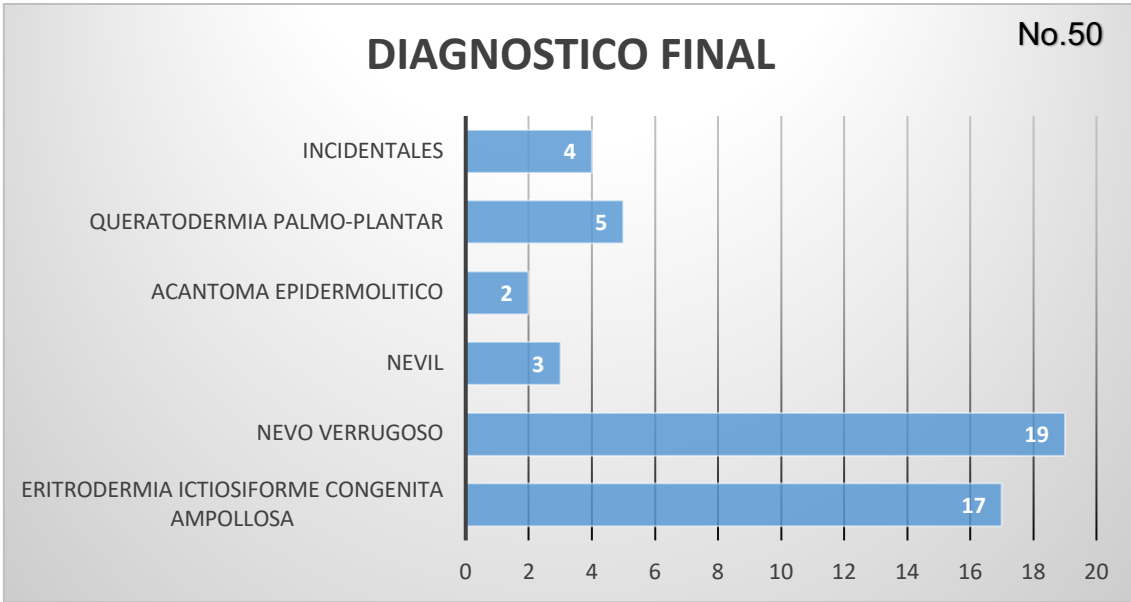


FUENTE. SERVICIO DERMATOPATOLOGIA
CENTRO DERMATOLOGICO PASCUA

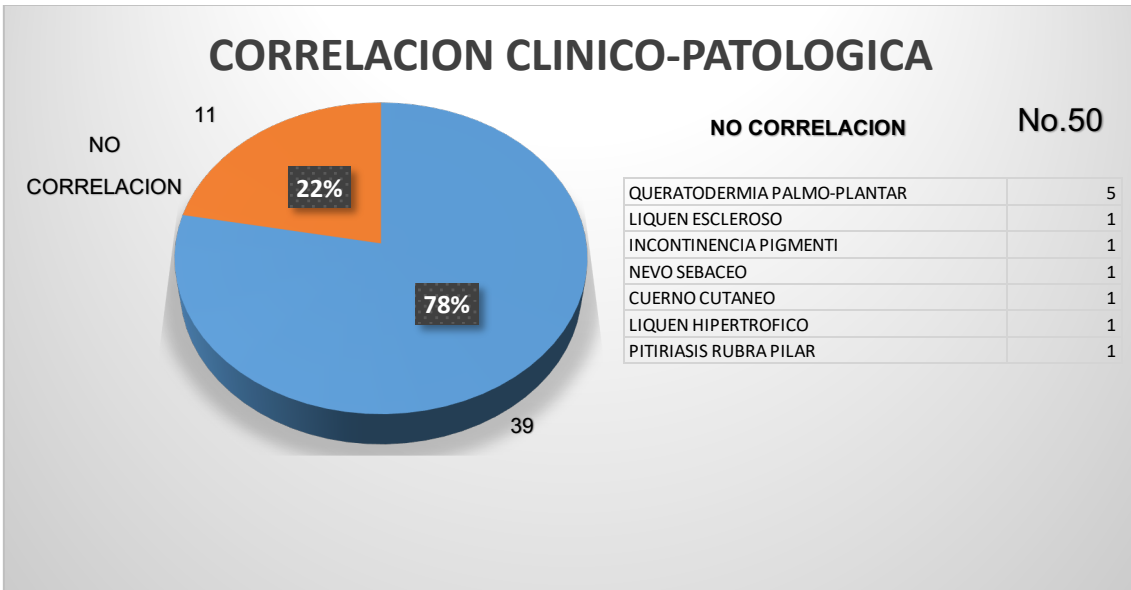
HALLAZGOS DE HISTOPATOLOGIA



FUENTE. SERVICIO DERMATOPATOLOGIA
CENTRO DERMATOLOGICO PASCUA



FUENTE. SERVICIO DERMATOPATOLOGIA
CENTRO DERMATOLOGICO PASCUA



FUENTE. SERVICIO DERMATOPATOLOGIA
CENTRO DERMATOLOGICO PASCUA

DISCUSION

La Hiperqueratosis Epidermolítica es un patrón menor de reacción tisular, poco frecuente y compartido por diversas entidades nosológicas cutáneas, entre ellas la Eritrodermia Ictiosiforme Congénita Ampollosa, Nevo verrugoso, NEVIL y Acantoma Epidermolítico entre otras; por lo que no es adecuado tomarlo como sinónimo de Eritrodermia Ictiosiforme Congénita Ampollosa.

Al momento, en la literatura solo existen comunicaciones de casos de manera aislada, y la patología que más se ha asociado es EICA. En nuestro estudio se revisó la base de datos del Departamento de Histopatología del Centro Pascua y encontramos 50 casos de Hiperqueratosis Epidermolítica distribuidos a diversas entidades ya mencionadas. A diferencia de la literatura, nosotros observamos que se asocia en primer lugar a Nevo verrugoso y en segundo a Eritrodermia Ictiosiforme Congénita Ampollosa. Lo cual se explicaría que la EICA es generalmente diagnosticada en la fase neonatal, lactancia o edad preescolar y nuestro centro es de referencia en patología cutánea de adultos por lo que observamos con menos frecuencia la EICA.

Otros diagnósticos encontrados en nuestro trabajo fueron: queratodermia palmoplantar (5), incidentales (cuerno cutáneo, queratosis actínica, liquen escleroso y en Nevo sebáceo), tres NEVIL y dos Acantomas Epidermolíticos.

Ante los hallazgos mencionados es importante comentar que el diagnóstico final se realiza a través de la correlación clinicopatológica de ahí la importancia de reconocer este patrón de reacción tisular y las diferentes entidades que lo pueden presentar para un buen abordaje diagnóstico y manejo adecuado.

CONCLUSIONES.

1. La Hiperqueratosis Epidermolítica es un patrón de reacción tisular poco frecuente, en nuestro centro 1 a 2 casos por año son diagnosticados por 2500 biopsias realizadas, con una incidencia de 0.04% a 0.08%.
2. No debe considerarse sinónimo de Eritrodermia Ictiosiforme Ampollosa Congénita.
3. Puede estar o no asociada a una entidad cutánea propia.
4. Es frecuente en edad pediátrica independientemente del diagnóstico nosológico.
5. Es de vital importancia la correlación clinopatológica para el diagnóstico final.
6. Consideramos necesario realizar un estudio en centros especializados en dermatología pediátrica para conocer la incidencia real de este patrón histológico y de las enfermedades que lo manifiestan.

BIBLIOGRAFÍA

1. Bassas J. Patrones histológicos de los procesos inflamatorios de la piel. *Piel* 2009; 24 (7): 380-386
2. Mckee. *Pathology of the Skin with clinical Correlations*. Fourth Edition. Chapter 3. 46-98.
3. Elder D. *Histopatología de la Piel*. Amolca. Undécima edición.
4. Morales E, Ramos A, Valente I. Hiperqueratosis Epidermolítica. *Dermatol Rev Mex* 2012; 56 (5): 303-307.
5. Schmuth M, Yosipovitch G, Williams M, Weber F, Hintner H, Ortiz S, Rappersberger K, Crumrine D, Feingold K, Elias P. Pathogenesis of the Permeability Barrier Adnormality in Epidermolytic Hyperkeratosis. *J Inves Dermatol* 2001; 117 (4): 837-847
6. Eskin M, Drozhdina M, Sarig O, Gat A, Jackman T, Isakov O, Shomrom N, Samuelov A, Malchin N, Peled A, Vodo D, Hovnanian A, Ruzicka T, Koshkin S, Harmon R, Koetsier J, Green K, Paller A, Sprecher E. Epidermolytic ichthyosis sine epidermolysis. *Am J Dermatopathol* 2017; 39 (6): 440-444.
7. Palombo R, Giannella E, Didona B, Annicchiarico M, Melino G, Terrinoni A. Cutaneous mosaicism, in KRT1 pI479T patient, caused by the somatic loss of the wild-type allele, leads to the increase in local severity of the disease. *JEADV* 2016; 30: 847-851
8. Khalil S, Daou L, Hayashi R, Abbas O, Nemer G, Saadeh D, Shimomura Y, Kurban M. Identification of a novel mutation in the LOR gene in an Iraqi patient with loricrin keratoderma resembling epidermolytic hyperkeratosis. *JEADV* 2017; 31: e142-e144
9. Takeyoshi M, Ivanoff N, Jordao D, Lissa G, Fantinato G, da Cunha A. Epidermolytic Hyperkeratosis- case report. *An Bras Dermatol* 2015; 90 (6): 888-891.
10. Alshami M, Mohana M, Alshami A. Epidermolytic Hyperkeratosis: A Case Report from Yemen. *Invest Dermatol Venereol Res* 2016; (2): 1-3

11. Pollozhani N, Damevska K, Duma S, Adjiesvska N, Gocev g. Epidermolytic hyperkeratosis: clue for diagnosis. *Glob Dermatol* 2016; 4(1):1-3
12. Ross R, DiGiovanna J, Capaldi L, Argenyi Z, Fleckman P, Robinson L. Histopathologic Characterization of Epidermolytic Hyperkeratosis: A Systemic Review of Histology from the National Registry for Ichthyosis and Related Skin Disorders. *J Am Acad Dermatol* 2008; 59 (1): 86-90
13. Nicole L, Schwartz R, Kihiczak G. Epidermolytic hyperkeratosis: a keratin 1 or 10 mutational event. *Int J Dermatol* 2005; 44: 1-6.
14. DiGiovanna J, Bale S. Clinical Heterogeneity in Epidermolytic Hyperkeratosis. *Arch Dermatol* 1994; 130(8): 1026-1035
15. Gaertner E. Incidental Cutaneous Reaction patterns: Epidermolytic Hyperkeratosis, Acantholytic Dyskeratosis, and Hailey-Hailey- Like acantholysis: A potential Marker of Premalignant skin Change. *J Skin Cancer* 2011; 1-6
16. Conlin P, Rapini R. Epidermolytic Hyperkeratosis associated with melanocytic nevi. *Am J Dermatopathol* 2002; 21(1): 23-25
17. Burson W, Ronald B. Epidermolytic Hyperkeratosis in Nevi: A possible Marker for Atypia. *Am J Dermatopathol* 1996; 18 (2): 156-158
18. Tayyebi N, Nahidi Y, Javidi Z. Epidermolytic Hyperkeratosis in inflammatory linear verrucous epidermal nevus. *Ind J Dermatol* 2011; 56(3): 309-312
19. Schechter A, Lester B, Pan T, Robinson L. Linear nevus comedonicus with epidermolytic hyperkeratosis. *J Cutan Pathol* 2004; 31: 502-505
20. Steele C, Shea C, Petronic V. Epidermolytic hyperkeratosis within infundibular cyst. *J Cutan Pathol* 2007; 34: 360-362

ANEXOS (FOTOS HISTOLOGICAS Y CLINICAS)

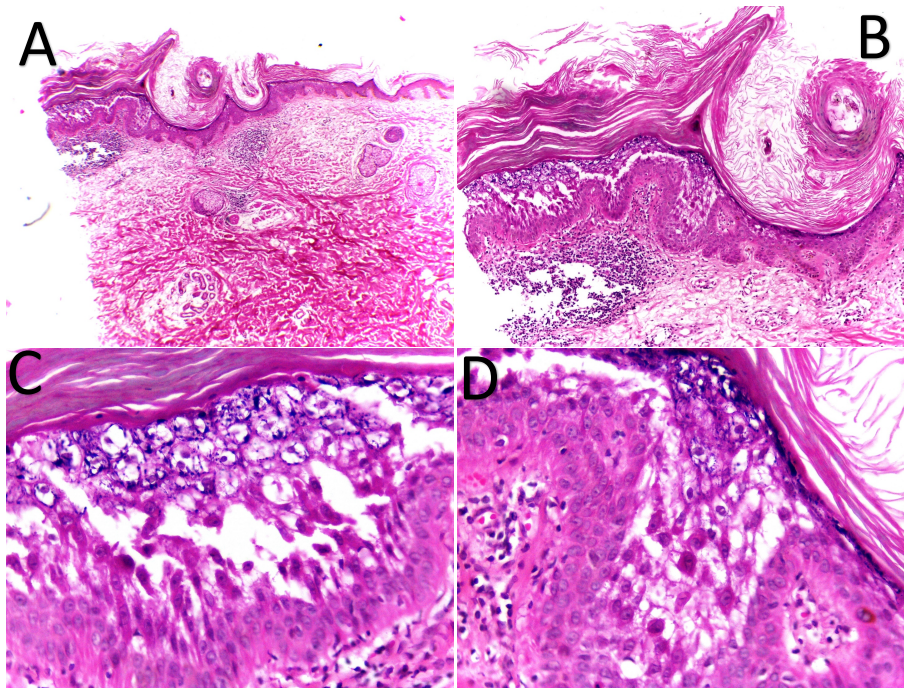


Figura 1. Hiperqueratosis Epidermolítica

- A. Vista Panorámica
- B. Hiperqueratosis Paraqueratósica focal con tapón córneo
- C. Degeneración granular
- D. Degeneración granular y vacuolar a mayor aumento

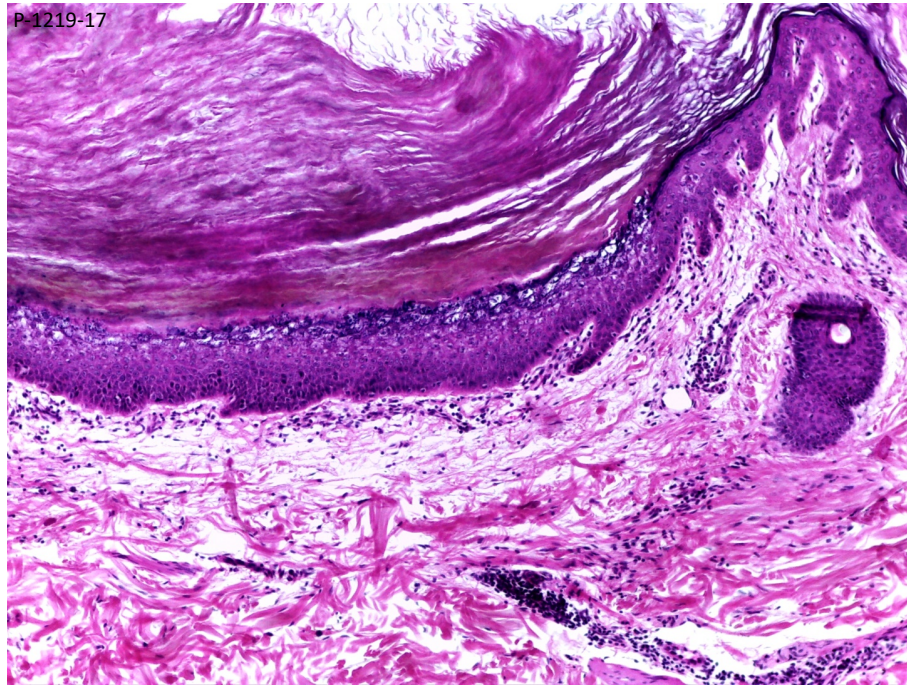


Figura 2. Hiperqueratosis, degeneración granular, acantosis regular e infiltrado inflamatorio moderado en dermis superficial.

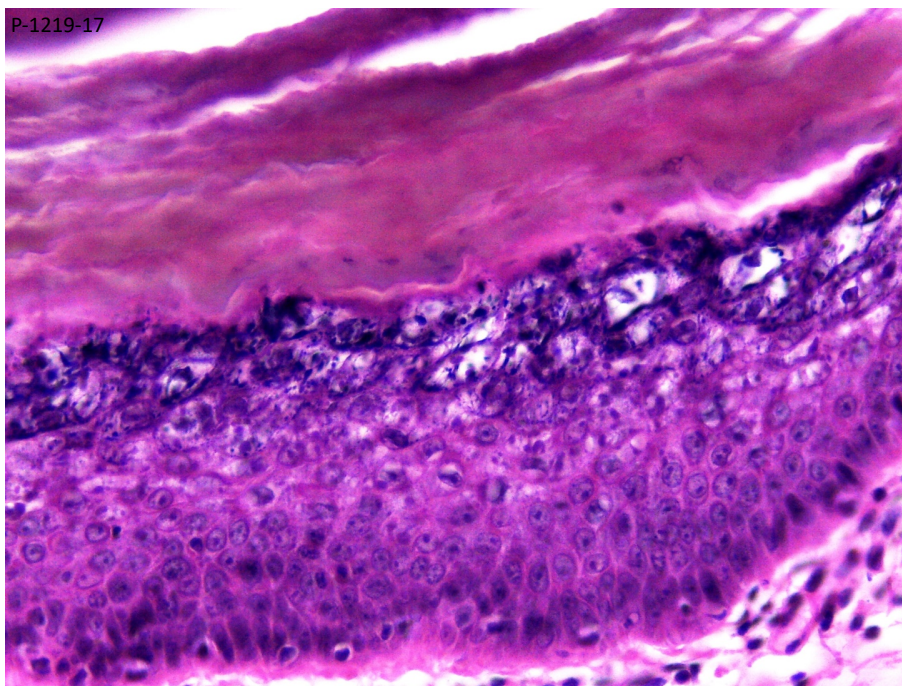


Figura 3. Degeneración granular de la capa granulosa a mayor aumento.

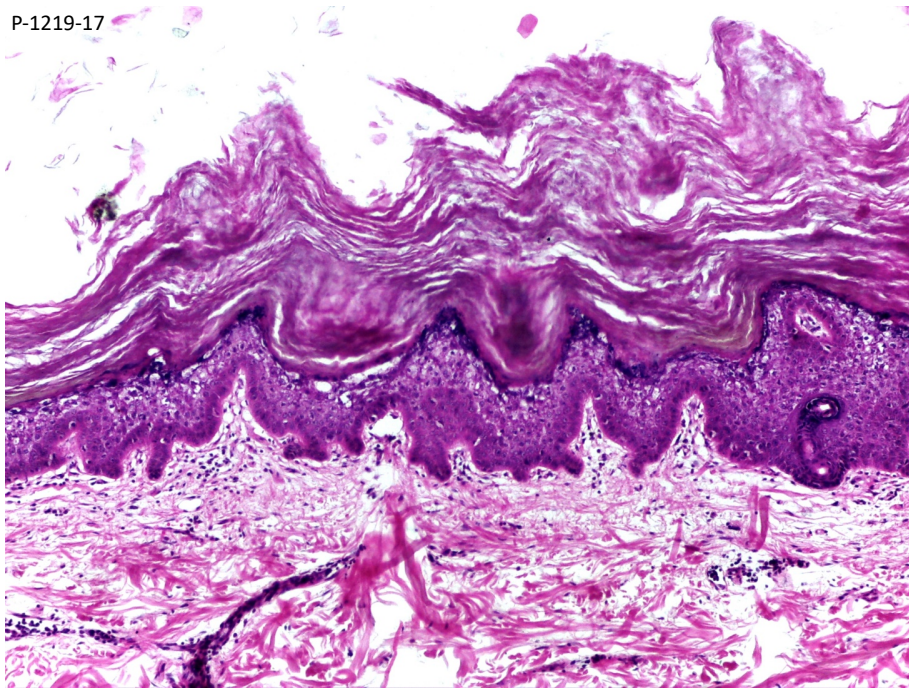


Figura 4. Hiperqueratosis con paraqueratosis focal, degeneración granular, acantosis regular e infiltrado inflamatorio leve en dermis superficial.

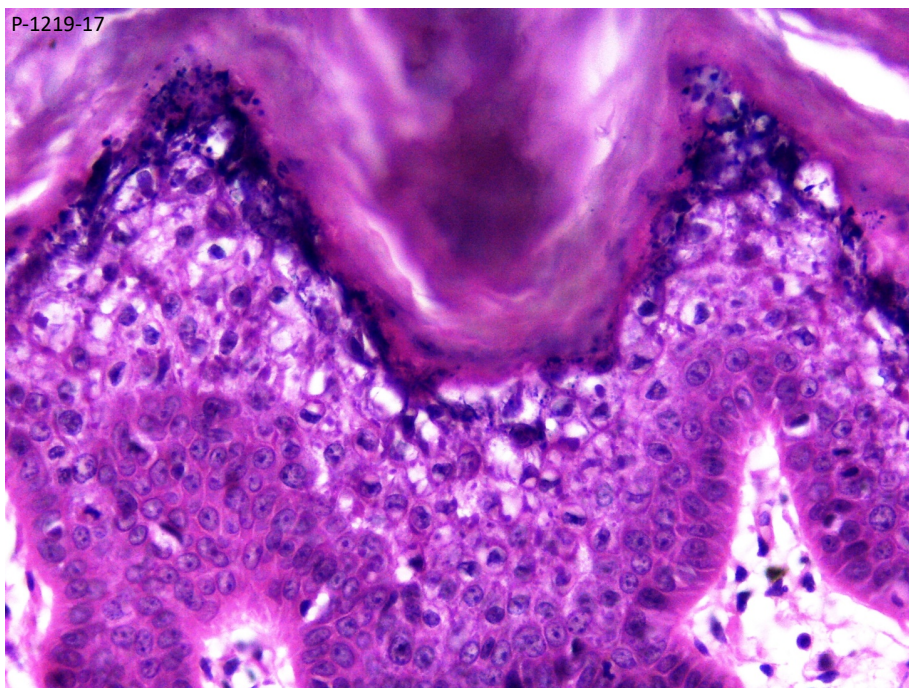


Figura 5. Degeneración Granular a mayor aumento

P-1571-17

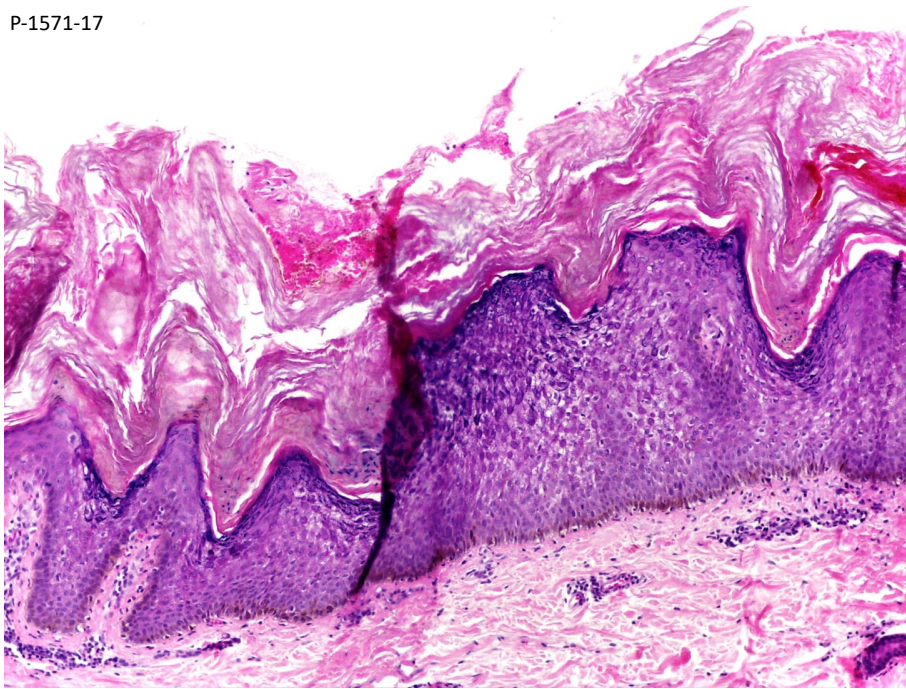


Figura 6. Hiperqueratosis con paraqueratosis focal, degeneración granular y vacuolar de la Espinosa e hiperpigmentación de la capa basal.

P-1571-17

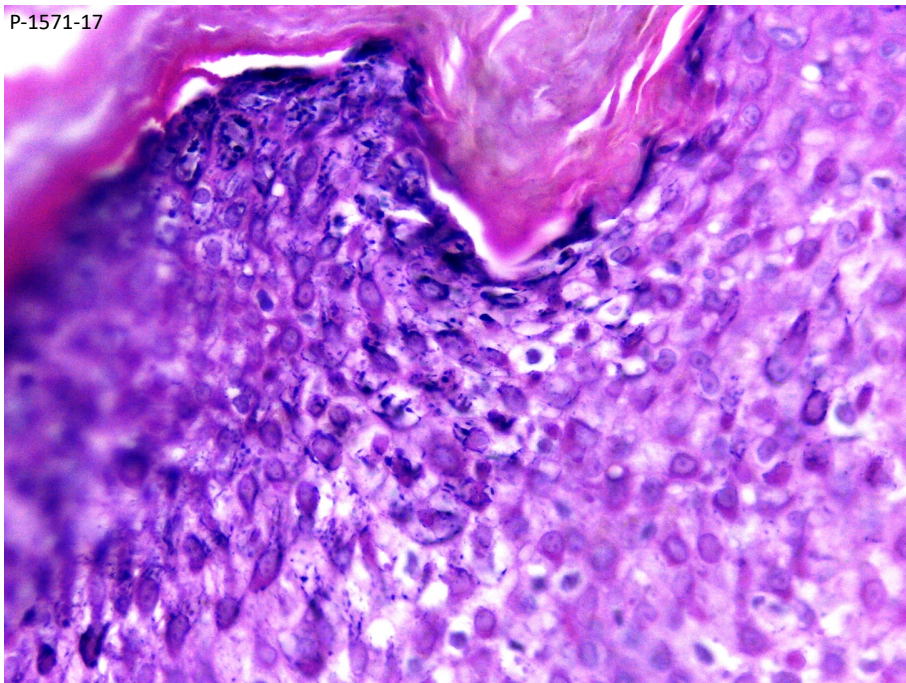


Figura 7. Degeneración granular a mayor aumento.



Figura 8. Aspecto clínico de la Eritrodermia Ictiosiforme Congénita Ampollosa



Figura 9. Aspecto clínico del Nevo Verrugoso