



11212  
1  
20)

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA  
DE MEXICO**

---

**FACULTAD DE MEDICINA**  
**DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO**  
**HOSPITAL DE ESPECIALIDADES**  
**CENTRO MEDICO "LA RAZA"**  
**I. M. S. S.**

**CORRELACION CLINICO PATOLOGICA EN EL  
SERVICIO DE DERMATOLOGIA DEL HOSPITAL  
DE ESPECIALIDADES DEL CENTRO MEDICO  
" LA RAZA", DE 1980 A 1992.**

**T E S I S**

**QUE PARA OBTENER EL TITULO EN LA ESPECIALIDAD DE:**

**DERMATOLOGIA,**

**P R E S E N T A :**

**DR. JOSE DAVID JUNCO COTO!**



**IMSS**

**MEXICO, D. F.**

**1994**

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**



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 está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

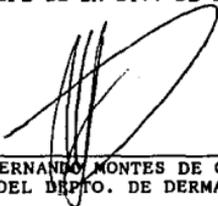
El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición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

**APROBACION**

El protocolo de investigación No. 931097 titulado: CORRELACION CLINICO PATOLOGICA EN EL SERVICIO DE DERMATOLOGIA DEL H.E. DEL C.M. "LA RAZA" DE 1980 A 1992, fue aceptado para elaborar la presente Tesis por el Dr. José David Junco Coto, en cumplimiento de los requisitos para obtener el Diploma de la Especialidad en Dermatología.



Vo. Bo.: -----  
DR. ARTURO ROBLES PARAMO.  
JEFE DE LA DIV. DE ENS. E INV.



Vo. Bo.: -----  
DR. FERNANDO MONTES DE OCA  
JEFE DEL DEPTO. DE DERMATOLOGIA



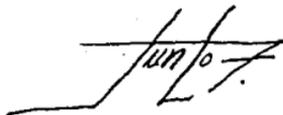
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES  
DIVISION DE EDUCACION  
E INVESTIGACION

**CORRELACION CLINICO PATOLOGICA  
EN EL SERVICIO DE DERMATOLOGIA  
DEL H.E. DEL C.M. "LA RAZA"  
DE 1980 A 1992.**



**ASESOR:**

**DR. FERNANDO MONTES DE OCA MONROY  
JEFE DEL DEPTO. DE DERMATOLOGIA**



**INVESTIGADOR:**

**DR. JOSE DAVID JUNCO COTO  
R-III DE DERMATOLOGIA**

**Con mucho cariño:**

A mis padres, y a todas aquellas personas que de alguna forma han contribuido en mi formación personal y profesional.

**Un sincero agradecimiento:**

A mis Profesores por el apoyo que me brindaron.

## **INDICE**

- 1. Introducción**
- 2. Planteamiento del problema**
- 3. Objetivos**
- 4. Universo de trabajo**
- 5. Criterios de inclusión**
- 6. Criterios de no inclusión**
- 7. Ambito geográfico**
- 8. Recursos**
- 9. Resultados**
- 10. Discusión**
- 11. Conclusiones**
- 12. Bibliografía**
- 13. Anexo No. 1**  
**(Hoja de recolección de datos)**

## **INTRODUCCION.**

Es difícil determinar la frecuencia real de las enfermedades cutáneas porque muchos estudios dermatológicos incluyen poblaciones seleccionadas, habitualmente pacientes que se presentan con un síntoma cutáneo o limitados a un Hospital o a otra institución. Además diversos factores sociales y ambientales pueden influir sobre el diagnóstico. En un estudio realizado en Estados Unidos las enfermedades cutáneas detectadas con mayor frecuencia fueron en orden decreciente:

1. Dermatofitosis
2. Acné
3. Dermatitis seborreica
4. Dermatitis atópica
5. Tumores cutáneos benignos
6. Tumores cutáneos malignos
7. Psoriasis
8. Vitiligo
9. Herpes simple.

En relación a la edad no es sorprendente que la frecuencia global de patología cutánea significativa y de afecciones cutáneas aumente con la edad. (1)

En 1964 el Dr. Ramón Ruiz Maldonado realizó un estudio epidemiológico de las Enfermedades de la Piel en la Ciudad de México, tomando como fuente de información los Archivos de los siguientes centros hospitalarios: Centro Dermatológico Pascua, Hospital General de México, Centro Médico Nacional, Hospital de Enfermedades Tropicales, Sanatorio de la Secretaría de Hacienda, Hospital Central Militar y de la consulta privada de los Doctores Amado Saúl y Francisco Marquez; estableciendo las diez dermatosis más frecuentes, así como su incidencia en relación a edad, sexo, estado civil, ocupación y estación del año. (2)

Otro estudio realizado en el Centro Dermatológico Pascua, por el Dr. León Bosques en 1970, determina las dermatosis más frecuentes considerando su etiología. (3) Y en 1976 el Dr. Antonio Camacho en el mismo Centro Dermatológico establece las diez dermatosis más frecuentes en el siguiente orden: (4)

1. Dermatitis por contacto
2. Acné
3. Escabiasis
4. Prurigo por insectos
5. Neurodermatitis
6. Verrugas vulgares
7. Vitiligo
8. Tiña de los pies

9. Dermatitis solar

10. Dermatitis seborreica

En el Servicio de Dermatología del H. E. del C. M. "LA RAZA" la Dra. Mónica Enciso realizó un estudio retrospectivo abarcando el periodo de 1986 a 1990, estableciendo las dermatosis más frecuentes, su incidencia por grupos de edad y su prevalencia por sexo. (5)

## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

Existen pocos estudios epidemiológicos en los diversos Centros Dermatológicos del país y sólo uno realizado en el Servicio de Dermatología del H.E. del C.M. "La Raza" que comprendió el periodo de 1986 a 1990; por lo que se considera conveniente realizar un estudio retrospectivo, descriptivo, transversal y observacional en el grupo de pacientes que acudieron a la consulta en el servicio antes mencionado en los últimos 12 años y a los que se les realizó biopsia de piel para estudio histopatológico, con la finalidad de establecer en este sector de pacientes las diez dermatosis más frecuentes, su incidencia por grupos de edad y su prevalencia por sexo, determinando además en porcentaje de correlación clínico-patológica.

## **OBJETIVOS.**

1. Determinar el porcentaje de correlación Clínico Patológica en el Servicio de Dermatología del H.E. del C. M. "La Raza" de 1980 a 1992.
2. Establecer las 10 dermatosis más frecuentes con confirmación histopatológica, por grupos de edad y sexo en el período antes mencionado.

## **UNIVERSO DE TRABAJO.**

Previa autorización del Jefe de Servicio del Departamento de Anatomía Patológica del HE del CMR, se revisaron los reportes de estudios histopatológicos, concentrados en el Archivo de dicho Departamento, del periodo comprendido de 1980 a 1992, seleccionando los reportes histopatológicos de solicitudes enviadas del Servicio de Dermatología de dicho Hospital.

De cada solicitud de estudios histopatológicos se tomaron los siguientes datos: Año, Número de Libro, Número de Biopsia, Edad, Sexo, Diagnóstico Clínico y Diagnóstico Histopatológico. Una vez registrados los datos antes mencionados se realizó el concentrado final para cumplir los objetivos del presente estudio.

## **CRITERIOS DE INCLUSION.**

Se incluyeron en este estudio los reportes histopatológicos de biopsias de piel de pacientes atendidos en el Servicio de Dermatología en el periodo comprendido de enero de 1980 a diciembre de 1992.

#### **CRITERIOS DE NO INCLUSION.**

No se incluyeron las solicitudes de estudios histopatológicos que no contaran con los datos necesarios para el presente estudio.

#### **AMBITO GEOGRAFICO.**

El estudio se realizó en el Servicio de Dermatología y en el Departamento de Anatomía Patológica del H. E. del C. M. "La Raza".

#### **RECURSOS.**

1. Médicos Residentes del servicio de Dermatología.
2. Consultorio en el Servicio de Dermatología.
3. Archivo del Departamento de Anatomía Patológica.
4. El Proyecto se realizó con recursos económicos del investigador.

## RESULTADOS.

Se revisaron 376 libros del Archivo de Anatomía Patológica que comprenden el periodo de enero de 1980 a diciembre de 1992, con un total de 137,952 solicitudes de estudio histopatológico; de éstas, 7,271 (5.27%) fueron remitidas del Servicio de Dermatología para estudio histopatológico.

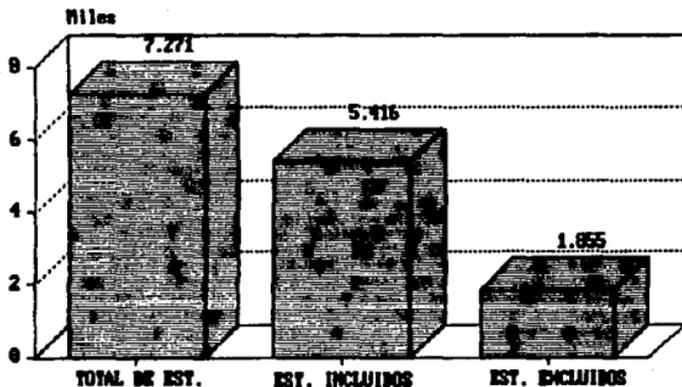
Gráfica No. 1



De las 7,271 solicitudes enviadas de Dermatología se incluyeron para los resultados finales sólo 5,416 por ser las que contaban con los datos necesarios para el presente trabajo, quedando sin incluir 1,855 solicitudes en las cuales se omitió registrar uno o varios de los datos que se requerían.

Gráfica No. 2

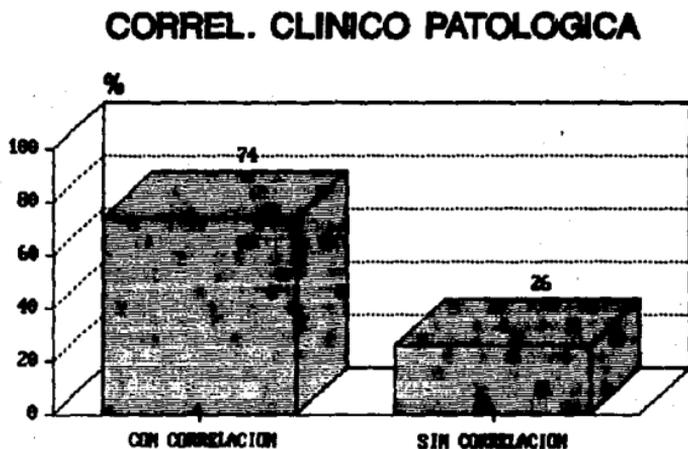
### ESTUDIOS HIST. DE PIEL



Se omitió registrar el Diagnóstico Clínico en 145 solicitudes lo que corresponde al 2%, y en 780 reportes (11%) los hallazgos histopatológicos no fueron concluyentes.

En 5,416 solicitudes el Diagnóstico Clínico se corroboró mediante el estudio histopatológico, correspondiendo ésto al 74% y en 1855 solicitudes (26%) no se encontró correlación clínico patológica.

Gráfica No. 3



Las enfermedades cutáneas detectadas con mayor frecuencia se incluyeron en los siguientes 10 grupos en orden de frecuencia decreciente, (Tabla No. 1); y su distribución por sexos (Tabla No. 2); así como edad mínima y máxima de presentación y edad promedio (Tabla No. 3).

**TABLA No. 1**

**DERMATOSIS MAS FRECUENTES**

<b>GRUPOS</b>	<b>ESTUDIOS</b>	<b>%</b>
TUMORES BENIGNOS	1612	30.86
TUMORES MALIGNOS	1385	26.51
ENF. INMUNOLOGICAS	745	14.26
ENF. PAPULOESCAMOSAS	365	6.99
ALT. VASCULARES	350	6.70
ENF. INFECCIOSAS	305	5.84
FOTODERMATOSIS	157	3.01
ENF. AMPOLLOSAS	117	2.24
ALT. DEL PIGMENTO	114	2.18
ECCEMAS	74	1.42
-----	-----	-----
<b>T O T A L</b>	<b>5224</b>	<b>100</b>

**TABLA No. 2**

**DERMATOSIS MAS FRECUENTES**

<b>GRUPOS</b>	<b>MUJERES</b>	<b>HOMBRES</b>
TUMORES BENIGNOS	993	619
TUMORES MALIGNOS	746	639
ENF. INMUNOLOGICAS	513	232
ENF. PAPULOESCAMOSAS	151	214
ALT. VASCULARES	164	186
ENF. INFECCIOSAS	108	197
FOTODERMATOSIS	97	60
ENF. AMPOLLOSAS	65	52
ALT. DEL PIGMENTO	76	38
ECCEMAS	31	43
-----	-----	-----
<b>T O T A L</b>	<b>2944</b>	<b>2280</b>

**TABLA No. 3**

**DERMATOSIS MAS FRECUENTES**

<b>GRUPOS</b>	<b>EDAD</b>		
	<b>MIN.</b>	<b>MAX.</b>	<b>PROM.</b>
TUMORES BENIGNOS	16	89	41
TUMORES MALIGNOS	18	94	54
ENF. INMUNOLOGICAS	16	86	37
ENF. PAPULOESCAMOSAS	16	86	34
ALT. VASCULARES	16	84	37
ENF. INFECCIOSAS	16	82	39
FOTODERMATOSIS	18	87	48
ENF. AMPOLLOSAS	17	87	45
ALT. DEL PIGMENTO	18	78	37
ECCEMAS	16	74	39

Las dermatosis más frecuente dentro de cada grupo se listan a continuación señalando el porcentaje correspondiente a cada una de ellas dentro del grupo.

Tabla No. 4

**DERMATOSIS MAS FRECUENTES**

<b>GRUPOS</b>	<b>DIAGNOSTICOS</b>	<b>%</b>
TUMORES BENIGNOS	QUERATOSIS SEBORREICA	3.45
TUMORES MALIGNOS	CARCINOMA BASOCELULAR	17.46
ENF. INMUNOLOGICAS	L. E. DISCOIDE	2.22
ENF. PAPULOESCAMOSAS	PSORIASIS VULGAR	3.63
ALT. VASCULARES	GRANULOMA PIOGENO	2.59
ENF. INFECCIOSAS	LEPRA	1.22
FOTODERMATOSIS	QUERATOSIS ACTINICA	.81
ENF. AMPOLLOSAS	PENFIGO VULGAR	1.00
ALT. DEL PIGMENTO	MELANOSIS	1.27
ECCEMAS	LIQUEN SIMPLE CRONICO	.63

## DISCUSION.

No es sorprendente que la frecuencia global de patología cutánea significativa y de afecciones cutáneas aumente con la edad, existiendo también cambios en la frecuencia relativa de las enfermedades cutáneas en los diferentes grupos etáreos. En los primeros años de la vida predomina el eccema. Desde la pubertad hasta la edad media predominan las enfermedades de las glándulas sebáceas, principalmente acné y dermatofitosis. En la madurez y la vejez son más comunes los tumores tanto benignos como malignos. (1)

Aún cuando el estudio histológico es uno de los medios de diagnóstico más valiosos en dermatología, tiene limitaciones. A menudo no se establece el diagnóstico de certeza. Pocas dermatosis inflamatorias se asocian con regularidad a un cuadro patognomónico. En cambio, los hallazgos pueden ser sólo sugestivos o inespecíficos. En los granulomas infecciosos como la tuberculosis, la lepra y las micosis profundas, con frecuencia no se confirma el diagnóstico si no se demuestra el agente causal. En algunas dermatosis inflamatorias no infecciosas como el liquen plano y el lupus eritematoso, la histología, aunque característica en la

mayoría de las instancias, podría ser apenas presuntiva, en particular en los casos atípicos. En otras como la psoriasis, las manifestaciones casi nunca son esclarecedoras.

De manera similar, en las dermatitis subaguda y crónica, los signos son inespecíficos y se asemejan a los de otras lesiones como la pitiriasis rosada, el prurigo simple y la parapsoriasis en placas pequeñas. No obstante, en estas circunstancias, la correlación de la histología con la clínica suele definir el diagnóstico.

En los tumores también se plantean dificultades. Por ejemplo, no siempre es factible diferenciar al carcinoma de células escamosas, de la hiperplasia pseudocarcinomatosa o el queratoacantoma. La distinción entre el melanoma maligno y el nevo de Spitz (melanoma juvenil benigno o nevo de células fusiformes y epitelioides), o entre el linfoma y el pseudolinfoma (linfocitoma cutáneo, papulosis linfomatoide), puede ser también muy problemática o imposible. (6)

Las queratosis seborreicas aparecen en la edad madura y pueden localizarse en las áreas expuestas y no expuestas pero son especialmente comunes en el tronco. Son bien delimitadas, parduscas y algo elevadas. La mayoría tiene una superficie verrugosa, de consistencia blanda y friable, de tamaño variable. Los hallazgos histológicos son muy variables y se describen seis tipos de queratosis seborreicas pero todas comparten la hiperqueratosis, la acantosis y la papilomatosis. (6)

El carcinoma basocelular es un tumor epitelial maligno de la piel que se origina en las células basales de la epidermis y sus apéndices. Es el tumor más común que afecta a las personas de piel clara, su incidencia está en aumento y es un problema sanitario importante. La aparición del carcinoma basocelular es en áreas expuestas al sol, y se acepta que la radiación actínica es un factor etiológico importante y es mucho más frecuente en hombres. Se describen cinco variantes clínicas del mismo y desde el punto de vista histológico se clasifican en bien diferenciados e indiferenciados.

El Lupus eritematoso es una enfermedad inflamatoria crónica, incluida dentro de las enfermedades autoinmunes, dado que la producción de anticuerpos es un hallazgo común en la forma

sistémica de este trastorno. El lupus eritematoso es una enfermedad extremadamente heterogénea que incluye un amplio espectro de formas clínicas en las cuales puede aparecer una enfermedad cutánea con compromiso sistémico o sin él.

Las manifestaciones cutáneas del lupus eritematoso pueden ser clasificadas como específicas (diagnósticas) o inespecíficas (no diagnósticas). El examen histopatológico rutinario de las biopsias obtenidas de las lesiones cutáneas específicas para el lupus eritematoso proporcionará información diagnóstica en la mayoría de los pacientes.

La forma más común de lupus eritematoso cutáneo crónico es el lupus eritematoso discoide. El LED es una enfermedad crónica y persistente usualmente confinada a la piel. Las lesiones cutáneas son eritematosas con hiperpigmentación en los bordes. Se expanden en forma gradual y eventualmente curan con cicatrización y despigmentación en la zona central. La localización más común de estas lesiones es en el rostro, el cuero cabelludo y los pabellones auriculares.

El Granuloma piógeno, con muy pocas excepciones, es una lesión única. Se trata de un nódulo rojo oscuro, blando o algo firme, elevado y pediculado. Crece con rapidez hasta alcanzar 0.5 cm pero puede llegar a los 2 cm y luego

permanece estable. La superficie puede ser lisa, pero a menudo muestra ulceración superficial y costras. Sangra con facilidad ante un traumatismo. Afecta cualquier lugar de la piel, pero es más común en los dedos de las manos y en la cara. En el examen histológico se encuentra una lesión circunscrita, cubierta por epidermis aplanada y con proliferaciones endoteliales a menudo lobuladas y formación de luces capilares. El estroma que contiene a las proliferaciones capilares es edematoso y no posee haces colágenos maduros. La epidermis se invagina en la base de la lesión y determina así un collar que da origen al pedículo.

La Lepra provocada por el *M. leprae*, afecta sobre todo la piel y los nervios periféricos. Aparte de la manifestación inicial ocasional denominada indeterminada, la enfermedad puede dividirse en seis tipos que constituyen un espectro. El cuadro presente en cada paciente depende de su grado de inmunidad contra el agente causal. En un extremo del espectro se ubica la lepra tuberculoide, que ocurre en personas con inmunidad elevada, consiste en una o muy pocas lesiones de distribución asimétrica y casi nunca exhibe bacilos. Le siguen las formas tunberculoide limítrofe, limítrofe verdadera, lepromatosa limítrofe y lepromatosa. La cantidad de lesiones y de microorganismos aumenta con el descenso de la inmunidad. Es así que en la lepra lepromatosa aparecen

lesiones diseminadas con muchos bacilos. Sólo las dos patologías extremas, la TT que involucra a los sujetos con inmunidad alta y la LLp que compromete a aquellos con inmunidad nula, son estables; todas las demás son inestables.

En la lepra el examen histológico cumple con dos finalidades, establecer el diagnóstico y determinar el tipo. La categorización requiere correlación clínica e histológica. Parece prudente otorgar mayor relevancia a la presentación clínica que a los hallazgos histológicos si ambos no concuerdan, hecho frecuente. (6)

La psoriasis es una enfermedad crónica de la piel, frecuente, determinada genéticamente y caracterizada por la presencia de placas descamativas de color rojo oscuro bien delimitadas y localizadas con preferencia en las prominencias extensoras y en cuero cabelludo. La información fiable acerca de la incidencia y prevalencia de la psoriasis aún es limitada, siendo difícil determinar las variaciones raciales y étnicas.

Se ha intentado calcular la frecuencia de la enfermedad según la edad y el sexo. Las mujeres tienden a desarrollar la psoriasis antes que los hombres. Los pacientes con antecedentes familiares tienden a presentar una edad de inicio más temprana. Clínicamente las lesiones están

constituidas por placas eritematoescamosas, el color es denominado comúnmente como rosa salmón, la cantidad de descamación es variable sin embargo la escama característica es gruesa, blanquecina, exhibiendo un grado de uniformidad, son bien definidas y el engrosamiento epidérmico característico del proceso psoriático ocasiona la elevación de las lesiones palpándose con facilidad.

Histopatológicamente las alteraciones son más características en las pápulas muy precoces que se han convertido en escamosas y que se encuentran en los bordes de avance de las placas de la psoriasis. Sin embargo en la psoriasis establecida, puede resumirse como una elongación de las crestas interpapilares, con engrosamiento y a veces confluencia de las porciones más profundas, elongación correspondiente a las papilas dérmicas, adelgazamiento de la epidermis suprapapilar, paraqueratosis extensa y formación de microabscesos de Munro. Existe un moderado infiltrado en la dermis, predominantemente mononuclear. (7)

Las queratosis solares se denominan también actínicas, empero, el adjetivo "solar" es más específico porque se refiere al sol como agente causal. mientras que actínico concierne a diversas radiaciones. Las queratosis solares son lesiones múltiples en la piel expuesta de personas de edad

media o mayores y de tez clara. Los factores predisponentes esenciales son la exposición excesiva al sol durante muchos años y la protección inadecuada. Son más comunes en la cara y el dorso de las manos, y en la calva en los varones.

Las lesiones miden menos de 1 cm de diámetro. Son eritematosas, a menudo están cubiertas por escamas adherentes y excepto en su forma hipertrófica, revelan infiltración escasa o nula. Algunas queratosis solares son pigmentadas, con expansión periférica y puede ser difícil distinguirlas del lentigo maligno. En ocasiones se agrega hiperqueratosis marcada y adquieren entonces aspecto de cuernos cutáneos. En el borde libre del labio inferior se produce una lesión análoga, la queilitis solar, con áreas de erosión e hiperqueratosis.

Las queratosis y las queilitis solares pueden transformarse en un carcinoma de células escamosas. No obstante no es fácil determinar la incidencia de este evento porque el límite entre las dos patologías no es neto. Se estima que en el 20% de los pacientes con queratosis solares se desarrolla un carcinoma escamocelular en una o más lesiones.

Histológicamente las queratosis solares son carcinomas de células escamosas in situ. Empero, desde el punto de vista biológico son benignas. (8)

ESTA TESIS NO DEBE  
SALIR DE LA BIBLIOTECA

media o mayores y de tez clara. Los factores predisponentes esenciales son la exposición excesiva al sol durante muchos años y la protección inadecuada. Son más comunes en la cara y el dorso de las manos, y en la calva en los varones.

Las lesiones miden menos de 1 cm de diámetro. Son eritematosas, a menudo están cubiertas por escamas adherentes y excepto en su forma hipertrófica, revelan infiltración escasa o nula. Algunas queratosis solares son pigmentadas, con expansión periférica y puede ser difícil distinguirlas del lentigo maligno. En ocasiones se agrega hiperqueratosis marcada y adquieren entonces aspecto de cuernos cutáneos. En el borde libre del labio inferior se produce una lesión análoga, la queilitis solar, con áreas de erosión e hiperqueratosis.

Las queratosis y las queilitis solares pueden transformarse en un carcinoma de células escamosas. No obstante no es fácil determinar la incidencia de este evento porque el límite entre las dos patologías no es neto. Se estima que en el 20% de los pacientes con queratosis solares se desarrolla un carcinoma escamocelular en una o más lesiones.

Histológicamente las queratosis solares son carcinomas de células escamosas in situ. Empero, desde el punto de vista biológico son benignas. (8)

ESTA TESIS NO DEBE  
SALIR DE LA BIBLIOTECA

El pénfigo vulgar es una enfermedad autoinmune que afecta la piel, con depósitos de autoanticuerpos séricos reactivos contra antígenos localizados en los espacios intercelulares, entre células individuales epidérmicas o de la mucosa. Basándose en el nivel de formación de la ampolla, los pénfigos se dividen en superficiales y profundos; quedando entonces el pénfigo vulgar dentro de los profundos y es la forma más común de la enfermedad. Clínicamente se caracteriza por la formación de ampollas flácidas, húmedas que dejan grandes áreas denudadas de la piel que tienden a ampliarse por desprendimiento periférico progresivo de la epidermis. Siempre existen lesiones orales y a menudo constituyen la primera manifestación. Las lesiones pueden desarrollarse sobre una piel de aspecto normal o con una base eritematosa, las ampollas se rompen fácilmente y las costras pueden ser la única evidencia de un proceso ampoloso. Las áreas cutáneas afectadas con mayor frecuencia incluyen el cuero cabelludo, el abdomen y las áreas intertriginosas.

El pénfigo vulgar generalmente se presenta en la cuarta y quinta décadas de la vida pero puede producirse a cualquier edad. Se caracteriza histológicamente por la formación de ampollas intraepidérmicas suprabasales con pérdida de la cohesión de las células epidérmicas dominándose esto último como acantólisis que es la característica histológica sobresaliente de esta entidad. (6), (8)

Con frecuencia aparece hipermelanosis después de procesos inflamatorios agudos y crónicos de la piel. La intensidad y la persistencia de la hipermelanosis son mayores en los individuos de piel oscura. Parece que el grado de inflamación es menos importante en la determinación de la respuesta pigmentaria que la naturaleza de la dermatosis, que puede ser frecuente y grave después de algunos trastornos y leve tras otros.

La causa de la pigmentación en ocasiones suele ser obvia, pero las lesiones precedentes a veces han pasado inadvertidas por el paciente, o bien han sido transitorias o clínicamente imperceptibles. El patrón y la distribución de la pigmentación permitirán en ocasiones establecer un diagnóstico retrospectivo. La pigmentación es a menudo visible después de las erupciones liquenoides medicamentosas.

El término liquen simple se utiliza cuando no existe un proceso cutáneo predisponente conocido. Los pacientes con un liquen simple están más fácilmente condicionados a una respuesta de rascado frente a un estímulo pruriginoso, por lo que las tensiones emocionales juegan un papel importante. Su mayor incidencia se sitúa dentro de los 30-50 años, pero puede verse a cualquier edad, las mujeres se afectan más que los varones, las lesiones únicas o múltiples se observan con

igual frecuencia, se localizan en la nuca, caras laterales del cuello, parte superior de muslos, vulva, pubis y la cara extensora de los brazos.

El aspecto histológico del liquen simple crónico es el de una dermatitis crónica. Se observa hiperqueratosis entremezclada con zonas pequeñas de paraqueratosis, acantosis con elongación bastante irregular de las redes de crestas y estiramiento y ensanchamiento de las papilas. Puede haber espongiosis pero no vesiculación. Además del infiltrado inflamatorio crónico, la dermis contiene fibroblastos y cierta fibrosis, aun en las papilas y la dermis papilar.

## CONCLUSIONES.

Los resultados obtenidos de este estudio retrospectivo sólo nos traducen el tipo de patología dermatológica que es más usual en centros hospitalarios de tercer nivel como lo es el Servicio de Dermatología del HE del CMR, considerando también que los estudios histopatológicos no se realizan de rutina en todos los pacientes vistos en la consulta, sino sólo en aquellos casos en que se requiere complementación diagnóstica.

Es por esto que los resultados obtenidos en relación a las dermatosis más frecuentes no pueden compararse con estudios similares realizados previamente en nuestro país.

Las dermatosis más frecuentes están dentro del grupo de tumores, tanto benignos como malignos, correspondiendo estos dos grupos al 57% de todas las dermatosis.

En relación al sexo hubo ligera predominancia del sexo femenino (56.36%) sobre el masculino (43.64%).

Por lo que respecta a la edad promedio el mayor porcentaje de dermatosis se presentó en la 5a. y 6a. décadas de la vida. La

edad promedio para los tumores benignos fue de 41 años y para los tumores malignos de 54 años. Quisiera resaltar aquí que dentro de los diagnósticos individuales el que con más frecuencia se registró fue el Carcinoma Basocelular, ocupando el 17.46% de todas las dermatosis y ésto se explica por lo referido al inicio de este capítulo.

Finalmente quisiera mencionar que el histopatólogo sólo puede ofrecer al clínico la información más completa cuando el material de biopsia se acompaña de datos detallados, incluyendo el diagnóstico diferencial

## BIBLIOGRAFIA.

1. Fitzpatrick TB "et al". DERMATOLOGY IN GENERAL MEDICINE, Vol. 1. U.S.A. McGraw-Hill, Inc. 1993
2. EPIDEMIOLOGIA DE LAS ENFERMEDADES DE LA PIEL EN LA CD. DE MEXICO. Tesis, Dr. Ruiz Maldonado, 1964
3. LAS DIEZ DERMATOSIS MAS FRECUENTES EN EL CENTRO DERMATOLOGICO PASCUA. Tesis, Dr. Leon Bosques. 1970
4. LAS DIEZ DERMATOSIS MAS FRECUENTES EN EL CENTRO DERMATOLOGICO PASCUA. Tesis Dr. J. Antonio Camacho, 1976
5. CORRELACION CLINICO PATOLOGICA EN EL DEPARTAMENTO DE DERMATOLOGIA. Tesis, Dra. Mónica Enciso, 1993
6. Lever WF. HISTOPATOLOGIA DE LA PIEL 7a. ed. Buenos Aires, Argentina, Interamericana, 1990
7. Rook A, y col. TRATADO DE DERMATOLOGIA, 4a. ed. España, Ediciones Doyma, 1986
8. Ackerman AB. HISTOLOGIC DIAGNOSIS OF INFLAMMATORY SKIN DISEASES. U.S.A. Lea & Febiger, Philadelphia, 1976

