11212

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

HOSPITAL GENERAL DE MEXICO S.S.

PREVALENCIA DE ACROCORDON EN PACIENTES DE CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL GENERAL DE MEXICO, S. S.

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

ESPECIALISTA EN DERMATOLOGIA

P R E S E N T A

DRA. INGRID GOMEZ YEPES

TUTORES DE TESIS

DR. JORGE PENICHE R.
JEFE DE LA UNIDAD DE DERMATOONCOLOGIA

DRA. GLADYS LEON D.
JEFE DEL SERVICIO DE DERMATOLOGIA

DR. AMADO SAUL C.
PROFR. DEL CURSO DE POSTGRADO DE DERMATOLOGIA

MEXICO, D. F. 1996

HOSPITAL GENERAL DE MEXICO
DIRECCION DE ENSEÑANZA
FEB 29 1996
DIRECCION DE INVESTIGACION
TESIS CON FALLA DE ORIGEN

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

Universidad Nacional Autónoma de México
UNAM
Biblioteca Central
Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

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.

AGRADECIMIENTOS

A DIOS:

Porque su luz es nuestra guía y su amor nos da esperanza.

A MIS PADRES:

Por sus enseñanzas, su inmenso cariño, y confianza que depositaron en mi.

A MIS MAESTROS:

Por su paciencia y entrega.

A MIS HERMANOS Y SOBRINOS:

La distancia y el tiempo no cambió nuestro amor. Ustedes fueron la inspiración para continuar mi camino.

A MI ARTURO:

Eres mi regalo del Señor. A tu amor y nuestro futuro bebé dedico este triunfo.

A TI COMPAÑERO:

Por tu invaluable amistad.

INDICE

Página

PARTE 1. MARCO TEORICO

Introducción.....1

Acrocordon.....2

Aspectos epidemiológicos.....2

Aspectos clínicos.....2

Aspectos histopatológicos.....3

Etiopatogenia.....3

Diagnóstico.....3

Tratamiento.....3

Síndrome de Gardner.....4

Estudios de asociación entre acrocordon y poliposis colónica.....6

PARTE II. PREVALENCIA DE ACROCORDON EN PACIENTES DE CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL GENERAL DE MEXICO.

Objetivos.....11

Hipótesis.....11

Material y métodos.....11

Criterios de inclusión.....12

Criterios de exclusión.....12

Criterios de eliminación.....12

Definición de las variables.....12

Resultados.....13

Comentarios y Conclusiones.....14

Tablas 16

Figuras.....23

Anexo.....25

Bibliografía.....26

PARTE I. MARCO TEORICO

INTRODUCCION

La piel y el tracto gastrointestinal son dos sistemas independientes pero embrionariamente relacionados. Ambos son epiteliales de transición entre el medio externo y el interno. Muchas de las alteraciones del tracto gastrointestinal pueden presentar manifestaciones cutáneas. Por ello, los dermatólogos debemos estar familiarizados con los síntomas y signos de las mismas, interpretar su significado médico y manejar adecuadamente las manifestaciones cutáneas y extracutáneas. (1,2)

Se reconocen manifestaciones cutáneas asociadas a poliposis hereditaria como son: Síndrome de Gardner, Síndrome de Peutz-Jagher, Síndrome de Muir-Torre, Síndrome de Cronkhite-Canada, Síndrome de Von Recklinghausen, y Síndrome de Ruvalcaba-Myhere-Smith. (3,4)

Los acrocordon constituyen un marcador cutáneo reconocido en el síndrome de Gardner (osteomas, quistes epidermoides, acrocordon y poliposis intestinal). (4). Sin embargo, existe en la literatura controversia con respecto a si los acrocordon pueden constituir un marcador cutáneo de poliposis del colon, en individuos que no tienen estos síndromes. Existen publicaciones que encuentran una asociación positiva, así como otras que no la han podido documentar. La importancia de definir esta posible asociación estriba en el poder reconocer en individuos asintomáticos la existencia de polipos a través de la presencia de acrocordon. De esta manera se podrían identificar tempranamente lesiones potencialmente malignas y tratarlas antes de que la malignización ocurra. Para poder considerar que la presencia de acrocordon representa un riesgo aumentado de padecer pólipos colónicos es necesario conocer la prevalencia de estas lesiones cutáneas en la población general. En virtud de no existir información al respecto en nuestro medio se planteó la realización del presente trabajo para poder contar con datos de referencia.

En este trabajo realizamos primero una revisión y análisis de la bibliografía del tema, y en segundo lugar, una encuesta en pacientes que acudieron por primera vez a la consulta externa general del Hospital General de México, para determinar la prevalencia de acrocordon en esta población.

ACROCORDON

Los acrocordon se clasifican dentro de los fibromas blandos múltiples, también denominados apendices cutaneos. Son neoformaciones benignas generalmente múltiples.

Aspectos epidemiológicos:

Con respecto a la frecuencia de acrocordon, en relación a edad, sexo y topografía, se conoce solo un estudio, el cual incluyó 750 individuos europeos con edades de 1 a 99 años. Se observo que el 25% de hombres y el 21% de mujeres tenian acrocordon, y que la frecuencia aumentaba con la edad; siendo los sujetos de la quinta década, el grupo de mayor prevalencia. En relación al número de lesiones dermatológicas, el 75% de pacientes tuvieron menos de 3 acrocordon por localización. La topografía más frecuente en este estudio fueron axilas en un 48%. (5)

Aspectos clínicos:

Topografía:

Las lesiones se presentan en caras laterales de cuello, pliegues axilares, inguinales y submamarios, párpados y raramente en pezones o periumbilicales.

Morfología:

Las lesiones son siempre pedunculadas y frecuentemente presentan una base de implantación estrecha. Son del color de la piel normal o hiperpigmentadas. Su tamaño puede ser de 1-5 mm. de ancho por no más de 5 mm. de largo. Su número varía de una a incontables.
En general son asintomáticas, excepto si se traumatizan. (6)

Evolución:

Su crecimiento es lento y permanecen estables sin remisión a menos que se traten.

Aspectos histopatológicos:

La masa protuberante esta conectada a la piel por un estrecho pedículo. La mayor parte de la lesión está compuesta por tejido fibroso laxo similar al de la papila dérmica.
Se caracterizan por papilomatosis, hiperqueratosis, y acantosis regular, y algunas veces, quistes córneos en la epidermis acantósica. Generalmente no se observa proliferación melanocítica, ni células névicas y la mayoría de acrocordones probablemente se encuentre dentro del espectro de las queratosis seborreicas, aunque existe cierta superposición con los nevos melanocíticos y los neurofibromas. (6,7)

Etiopatogenia:

Se desconoce la causa de la producción de estas neoformaciones. Su presentación y crecimiento rápido en condiciones como el embarazo sugiere la influencia de factores de crecimiento que no han sido estudiados. Por otro lado el hecho de observarse una presentación familiar asociada a obesidad y acantosis nigricans sugiere factores genéticos de predisposición.

Diagnóstico:

Las lesiones son inconfundibles desde el punto de vista clínico. Excepcionalmente se realiza toma de biopsia para confirmar el diagnóstico.

Tratamiento:

Su tratamiento generalmente es por estética. Se pueden destruir por electrofulguración con o sin anestesia local. Así mismo la crioterapia también es eficaz. Un medio conveniente de congelarlos consiste en pinzarlos con un fórceps hemostático, previamente congelado en nitrógeno líquido.

El fenol licuado o el ácido tricloroacético aplicados mediante un aplicador de madera puntiagudo son también eficaces. Es probable que aparezcan nuevas lesiones y sean necesarios nuevos retoques periódicos. (6)

El interes del acrocordon fuera del aspecto cosmético, estriba en la interrelacion entre la presencia de estas lesiones y la concomitante presencia de otras neoplasias en otros órganos, en especial el tracto gastrointestinal. Así se ha descrito el siguiente sindrome relacionado con acrocordon:

SINDROME DE GARDNER:

La Poliposis adenomatosa familiar (Adenomatosis Coli) es un padecimiento autosómico dominante, debido a un defecto [illegible] gen único del cromosoma 5; constituyen por [illegible] de pólipos adenomatosos distribuidos a lo largo del intestino grueso. El síndrome de Gardner constituye una variante de Poliposis adenomatosa familiar. (1, 8, 9, 10)

El padecimiento tiene una alta penetrancia y variable expresividad. Es probablemente el más común de los síndromes de poliposis hereditaria, con una incidencia de 1 en 8,000 a 1 en 16,000 nacidos vivos. (1)

Generalmente las manifestaciones óseas y dermatológicas aparecen a edades tempranas y la poliposis intestinal se manifiesta en la tercera década de la vida. El riesgo de adenocarcinoma del colon es de casi 100 . Así mismo es mayor la asociación con manifestaciones extracolónicas, entre ellas carcinoma periampular (10%). También es mayor la frecuencia de tumores suprarrenales y tiroideos. (8)

El diagnóstico de Síndrome de Gardner se realiza en base a: Poliposis adenomatosa, quistes epidermoides, fibromas o tumores desmoides, osteomas, anormalidades dentales, lesiones pigmentadas en fondo de ojo, tumores benignos y malignos de otros órganos. (1)

a) Los pólipos son adenomatosos en número de 25 a 200, a nivel del colon; permanecen asintomáticos hasta que degeneran a carcinoma muchos años después. Ocasionalmente aparecen hamartomas y adenomas en el esófago, estómago e intestino delgado, con posibilidades de malignización. (8)

b) Los quistes epidermoides aparecen comúnmente en la infancia o la niñez. Son usualmente múltiples y la topografía de predilección en orden decreciente es piernas, cara, piel cabelluda y brazos. Las lesiones ocurren en 50 a 100% de los pacientes con Poliposis adenomatosa familiar. (1, 8)
Son tumores intradérmicos o subcutáneos, firmes, redondos, de crecimiento lento, con diámetro de 1 a 5 cms. Los hallazgos histológicos en lesiones recientes consisten en varias capas de células espinosas y granulosas; en los más antiguos la pared se atrofia y puede consistir en una o dos filas de células aplanadas y el quiste está ocupado por material córneo dispuesto en láminas. Se ha reportado en algunos casos, además de estos datos, la presencia de células fantasmas semejantes a las observadas en el Pilomatrixoma. (7, 11)

c) Los fibromas o tumores desmoides ocurren en aproximadamente 9% de los pacientes con Poliposis adenomatosa familiar, por lo que no constituyen un marcador diagnóstico; son un hallazgo en la cirugía de colon o pueden ser una complicación postoperatoria. Se localizan con mas frecuencia en la pared abdominal anterior, después de un traumatismo, especialmente de una intervención quirurgica, donde pueden obstruir a intestinos y ureteres, debido a que pueden adquirir un tamaño hasta de 25 cms, por lo que deben extirparse tempranamente.
Histológicamente se componen de fibroblastos que producen abundante colágeno. En algunas áreas constituyen haces entrelazados, los núcleos son regulares y no hipercromáticos. Tienen tendencia a infiltrar las fibras musculares estriadas adyacentes. (1, 7, 8)

d) Los osteomas son generalmente múltiples y se observan en aproximadamente el 75% de los pacientes. Pueden ser evidentes clínicamente (exostosis), o bien a través de estudios de gabinete (radiografías de cráneo o TAC). La localización más común (90%) es la mandíbula y el cráneo. Los osteomas se presentan en un pequeño porcentaje de la población general y pueden ser un marcador temprano de Poliposis intestinal en familiares directos de pacientes con Síndrome de Gardner.(1,8)

e) Las anormalidades dentales incluyen dientes supernumerarios, quistes dentarios, y caída prematura de dientes. (1,8)

f) Las alteraciones oculares se presentan en el 90% de los casos, de estos, las lesiones pigmentadas en retina son bilaterales y múltiples (más de 4) en el 78%, siendo un marcador del Síndrome de Gardner. Las lesiones son probablemente congénitas y se manifiestan en la mayoría de los casos durante los primeros tres años de vida, principalmente en infantes con alto riesgo. Traboulsi y colaboradores observaron que la frecuencia de lesiones bilaterales pigmentadas de la retina en el grupo control era de 4.8% y en el grupo de pacientes con síndrome de Gardner fue del 78%, por lo que concluyen que debe sospecharse el síndrome en caso de observarse una o dos lesiones pigmentadas de gran tamaño en uno o ambos ojos en personas con alto riesgo, v.gr. familiar directo. (1, 9, 12)

g) Otras neoplasias extracolónicas observadas en este síndrome incluyen carcinoma duodenal periampular, adenomas neuroendócrinos, carcinoma de tiroides y hepatoblastoma. La asociación entre Poliposis adenomatosa familiar y neoplasias

del sistema nervioso central en asociación con síndrome de Turcot. (11)

ESTUDIOS DE ASOCIACION ENTRE ACROCORDON Y POLIPOSIS COLONICA.

Recientemente en la literatura médica se han publicado una serie de artículos con respecto a la asociación entre acrocordon y pólipos del colon. La veracidad de esta asociación tiene implicaciones muy importantes: el contar con con una lesión cutánea como marcador de pólipos del colon. (13, 14, 15, 16, 17)

Las primeras evidencias de asociación entre acrocordon y polipos del colon se inician en 1982, cuando Klein y colaboradores reportaron un grupo de 17 pacientes acromedálicos, en ocho de los cuales se confirmó la presencia de polipos del colon. El riesgo de tener polipos se observó incrementado en individuos mayores de 50 años y coincidentalmente en aquellos que tenían más de cinco lesiones de acrocordon. (13)

En 1983 Leavitt y colaboradores estudiaron 100 pacientes masculinos, con indicación médica de colonoscopia; 46 de ellos presentaron pólipos del colon y 37 coincidian con acrocordon. La correlación fue altamente significativa. (14)

En 1985 Kune y colaboradores estudiaron 100 pacientes (76 hombres y 24 mujeres) con colonoscopia previa (electiva) y reportaron acrocordones presentes en 59 pacientes. La sensibilidad del acrocordon como marcador cutáneo de pólipos del colon fue de 80% y la especificidad del 58%. (15)

En 1985, Chobanian y colaboradores realizaron un estudio en 100 pacientes (61 hombres y 39 mujeres), a quienes se les había practicado colonoscopia por diferentes causas (hematoquezia, sangre oculta en heces, masa abdominal), encontrando 41 de ellos con pólipos intestinales (adenomatosos), y 47 presentaban acrocordon. Esta asociación fue significativa ($p<0.001$). No hubo diferencias en relación a edad y sexo. (16)

En 1986 Beitler y colaboradores estudiaron 54 pacientes con síntomas gastrointestinales (33 hombres y 21 mujeres); investigaron la presencia de acrocordon y pólipos del colon, encontrando una asociacion altamente significativa ($p<0.005$). (17)

En 1987 Vinel y colaboradores estudiaron 100 pacientes (56 hombres y 44 mujeres) con indicación médica de colonoscopia, excluyendo aquellos sujetos menores de 40 años y mayores de 75 años, antecedente personal de polipectomía o resección colónica, o antecedente familiar de poliposis. En el análisis dividen sus pacientes en dos grupos, aquellos menores de 59 años y un segundo, los mayores de 59 años de edad, encontrando que la prevalencia de pólipos colónicos es altamente significativa en los sujetos que presentaban acrocordon, sobre todo en los mayores de 59 años de edad. (18)

Así mismo, existen reportes de no asociación entre acrocordon y pólipos intestinales, tal es el caso de Dalton y colaboradores, quienes estudiaron en 1985 100 cadáveres (52 hombres y 48 mujeres), los cuales habían fallecido por accidentes, suicidios o causas naturales diversas. Concluyen que el aumento de pólipos del colon no está en relación con los acrocordon, sino con el incremento en la edad. (19)

En 1986, Luck y colaboradores realizaron estudio colonoscópico a 187 individuos asintomáticos (107 mujeres y 80 hombres), que eran familiares de pacientes con poliposis intestinal, reportando en 18 de ellos poliposis intestinal, y el valor predictivo de acrocordon con poliposis fue de 18%. (20)

De igual manera, en 1988 Gould y colaboradores encontraron resultados similares al estudio previo, en una población de 492 individuos (51% hombres), de los cuales 241 presentaban signos o síntomas gastrointestinales (dolor abdominal, sangrado rectal, sangre oculta en heces, diarrea o constipación) y 251 asintomáticos. Ellos encontraron 266 individuos con acrocordon y poliposis intestinal. La razón de momios fue de 0.94 y el valor predictivo positivo fue de 10.2%. Observaron además que estos resultados no tienen diferencia estadísticamente significativa con la población general. (21)

En 1985, Deschamps y colaboradores reportan un estudio realizado en 176 pacientes sintomáticos (86 hombres y 90 mujeres) denominado Grupo I; y 68 sujetos asintomáticos (41 hombres y 27 mujeres), Grupo II. Concluyen que no existe asociación entre la presencia de acrocordon y la de pólipos colónicos. (22, 23)

En 1986, Anciaux y colaboradores estudian 220 pacientes de ambos sexos (61% hombres), sintomáticos, en los cuales no

demuestran asociación entre acrocordon y pólipos del colon.(24)

En 1988, Piette y colaboradores publican un estudio prospectivo de 100 pacientes asintomáticos (63 hombres y 37 mujeres), en los que no fundamentan asociación entre acrocordon y pólipos del colon. Así mismo, realizan un meta-análisis de la literatura al respecto, en el que concluyen que los acrocordon son lesiones frecuentemente encontradas en adultos y que no constituyen un marcador de pólipos colónicos en pacientes asintomáticos. (25)

Con respecto a la frecuencia de acrocordon, en relación a edad, sexo y topografía, solo existe un estudio reportado en la literatura, realizado por Banik y Laback en 1987; cuya muestra consiste en una población abierta de 750 individuos europeos con edades de 1 a 99 años. Observaron que el 25% de hombres y el 21 de mujeres tenían acrocordon y que la frecuencia aumentaba con la edad; siendo los sujetos de la quinta década, el grupo de mayor prevalencia. En relación al número de lesiones dermatológicas, el 75% de pacientes tuvieron menos de 3 acrocordon por localización. Las regiones anatómicas afectadas fueron axilas (48%), cuello (35%), inguinal (2%), y otras como párpados, abdomen, y dorso (16%). (5)

En México, solo se ha realizado un estudio (aún pendiente por publicar), en el Centro Médico Nacional Siglo XXI, con respecto a síndromes cutáneos asociados a Poliposis intestinal. Se estudiaron un total de 40 pacientes con poliposis intestinal. Respecto a acrocordon encontraron que 22 de ellos los presentaban (55%), las regiones anatómicas afectadas fueron en orden de frecuencia: cuello, axilas, perianal, e inguinal. (3)

De todos los estudios antes mencionados efectuamos la estimación de la razón de momios como parámetro de asociación. En las tablas número 1 y 2 se puede observar que existen estudios con asociación positiva, a la vez que existen estudios con asociación negativa. Por tal motivo, a la fecha sigue siendo controversial esta asociación.

PARTE II. PREVALENCIA DE ACROCORDON EN PACIENTES DE CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL GENERAL DE MEXICO.

OBJETIVOS

1. Estimar la prevalencia de acrocordon en pacientes que acudieron por primera vez a la consulta externa de medicina general del Hospital General de México, SS.

2. Estimar la prevalencia de síntomas gastrointestinales en pacientes que acudieron por primera vez a la consulta externa de medicina general del Hospital General de México, SS.

HIPOTESIS

No se requirió.

MATERIAL Y METODOS

Se realizó una encuesta a pacientes, que acudieron por primera vez a la consulta externa general del Hospital General de México, durante el período comprendido entre octubre de 1994 y enero de 1995 (Anexo 1).

La elaboración estuvo a cargo de la autora de la presente tesis, en colaboración con un grupo de estudiantes de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México como trabajo de práctica de epidemiología clínica. Se realizó un entrenamiento previo para la identificación de acrocordon, incluyendo pacientes en vivo y material fotográfico. Posteriormente se realizó una aplicación piloto de la encuesta para evaluar el instrumento y la concordancia entre observadores.

A los pacientes encuestados se les registró su ficha de identificación, toma de peso y talla, motivo de consulta, y exploración dermatológica en busca de acrocordon, especificando topografía, número de lesiones, tamaño de las mismas, presencia o no de acantosis nigricans, antecedentes familiares de acrocordon y la presencia o no de síntomas gastrointestinales bajos.

CRITERIOS DE INCLUSION

1. Pacientes mayores de 15 años que acudieron por primera vez a la consulta externa de medicina general del Hospital General de México, SS.

2. Hombres y/o mujeres.

3. Aceptación del paciente a participar en la encuesta.

CRITERIOS DE EXCLUSION

1. Pacientes menores de 15 años de edad

2. Pacientes subsecuentes.

3. Pacientes que su estado general no lo permitiera.

4. Pacientes que no aceptaran participar.

CRITERIOS DE ELIMINACION

1. Aquellas encuestas llenadas en forma incompleta.

DEFINICION DE LAS VARIABLES

VARIABLES DEMOGRAFICAS

1. Sexo
2. Edad
3. Peso
4. Talla
5. Motivo de consulta

VARIABLES PRINCIPALES

1. Presencia de acrocordon, topografía, número, tamaño, edad de inicio, antecedentes familiares.

2. Presencia de acantosis nigricans.

3. Síntomas gastrointestinales bajos: sangrado rectal, melena, dolor abdominal, disminución en el calibre de las heces, expulsión de parásitos.

RESULTADOS

Se encuestó a un total de 1,843 pacientes. De este grupo tenían acrocordon un 32.6%, 600 pacientes. Se analizaron los siguientes parámetros:

Sexo.-
Se encontró en relación al sexo, 1241 mujeres (67.3%) y 602 hombres (32.7%). Del grupo con acrocordon habían 422 mujeres (70.33%) y 178 hombres (29.67%). El grupo sin acrocordon estuvo consituído por 819 mujeres (65.89%) y 424 hombres (34.11%) **TABLA 3**

Edad.-
La edad media de la población general fue de 37.5 años (D.E. 15.38 años, rango 15 a 97 años). De los 600 pacientes con acrocordon (32.6%), la edad media fue de 42.09 años (D.E. 14.00 años, rango 15 a 77 años). Del grupo sin acrocordon la edad media fue de 35.35 años (D.E. 15.55 años, rango 15 a 97 años).
La distribución de los pacientes con acrocordon y sin acrocordon de acuerdo a los diferentes grupos de edad, se ilustran en la **Fig. 1.**

Peso.-
El peso promedio de los 1,843 pacientes, fue de 64.27 kgrs. (D.E. 13.01 kgrs.,rango 28.0 a 133 kgrs.), En la poblacion con acrocordon, el peso medio fue de 68.19 kgrs. (D.E. 14.06 kgrs., rango 32.5 a 133 kgrs.). El grupo sin acrocordon tuvo un peso promedio de 62.38 kgs (D.E.:12.03 kgs, rango 28.0 a 122 kgs) **TABLA 4**

Talla.-
La talla media en general fue de 1.56 mts. (D.E. 0.09 mts, rango 1.20 mts. a 1.98 mts.); y en la población con acrocordon, la talla media fue de 1.56 mts. (D.E. 0.09 mts.,rango 1.33 a 1.98 mts.). En el grupo sin acrocordon el promedio de talla fue 1.56 mts. (D.E. 0.09 mts, rango 1.20 a 1.90 mts.) **TABLA 5**

Indice de masa corporal.-
En todo el grupo el índice de masa corporal medio fue de 26.31 (D.E. 4.9, rango 10.8 a 51.3). En el grupo con acrocordon el promedio fue de 28.03 (D.E.5.3, rango 13.38 a 51.3). El grupo sin acrocordon tuvo un índice promedio de 25.48 (D.E. 4.57, rango de 10.8 a 47.6) **TABLA 6**

Motivo de consulta.-
Un total de 159 pacientes (8.6%), requirió de acuerdo al motivo de consulta, interconsulta al servicio de Gastroenterología; y el resto de pacientes se distribuyó en las diferentes especialidades. De los pacientes con acrocordon, 120 (13.48%) consultó por problemas gastroenterológicos mientras que del grupo sin acrocordon, 39 (4.09%) consultaron por ese tipo de problemas.

GRUPO CON ACROCORDON

Topografía.-
Se encontró que 432 (81.5%) pacientes presentaban acrocordon en cuello , 307 (57.9%) pacientes en axilas, y 262 (49.4%) pacientes presentaron en otras localizaciones (ingles, párpados, pezones). **Fig. 2**

Número de lesiones.-
En relación al número de acrocordon, 320 pacientes (60.5%) presentaban menos de 5 lesiones, 159 pacientes (30.1%) de 5 a 20 lesiones y 50 pacientes (9.5%) más de 20 lesiones.

Tamaño de lesiones.-
El tamaño medio de las lesiones más pequeñas fue de 1.89 mm. (D.E. 1.49 mm.), y el de las lesiones mayores fue de 3.56 mm. (D.E. 2.8 mm.). **TABLA 7**

Edad de inicio.-
La edad de inicio de los acrocordon en un 74.7% (395 pacientes) fue antes de los 40 años de edad, 16.6% (88 pacientes) entre 40 y 49 años de edad, 7.2% (38 pacientes) entre los 50 y 59 años de edad, y un 1.5% (8 pacientes) arriba de los 60 años de edad. **TABLA 8**

Antecedentes familiares.-
Se reportó antecedente familiar de acrocordon en 49.06% de los pacientes que presentaban acrocordon. En el grupo sin acrocordon no hubo antecedente familiar.

Asociación con acantosis nigricans.-
La presencia de acantosis nigricans se observó en un 12.17% de pacientes con acrocordon, y en un 3.22% en el grupo sin acrocordon. Esta diferencia fue significativa (p=0.000)
TABLA 9

Síntomas gastrointestinales.-
Con respecto al interrogatorio sobre la presencia de uno ó más síntomas gastrointestinales, encontramos un total de 890 pacientes (48%) positivos, y de éstos, 354 pacientes (59%) pertenecían al grupo con acrocordon y 536 (43.12%) al grupo sin acrocordon. Esta diferencia fue estadísticamente significativa (p=0.000). **TABLA 10**

El antecedente de dolor abdominal se encontró en 280 de los pacientes que presentaban acrocordon (79.10%) y en 420 pacientes de los que no presentaban acrocordon (78.36%). No se encontró diferencia estadísticamente significativa (p=0.793) **TABLA 11**

En relación a la disminución del calibre de las heces encontramos positivos 154 pacientes (43.5%) de los que presentaban acrocordon y 195 pacientes (36.38%) de los que no presentaban acrocordon. Esta diferencia no fue estadísticamente significativa (p=0.033). **TABLA 12**

La expulsión de parásitos fue reportada en 55 pacientes (15.54%) con acrocordon y en 57 pacientes (10.53%) sin acrocordon. No hubo diferencia estadísticamente significativa (p=0.031). **TABLA 13**

La presencia de sangrado rectal se reportó en 89 de los pacientes con acrocordon (25.14%) y en 118 pacientes de los que no presentaban acrocordon (22.01%). No hubo diferencia estadísticamente significativa (p=0.280). **TABLA 14**

Así mismo, la presencia de melena fue positiva en 72 de los pacientes con acrocordon (20.34%) y en 99 de los pacientes sin acrocordon (18.47%). No se demostró diferencia estadísticamente significativa (p=0.489). **TABLA 15**

COMENTARIOS.

Al revisar y analizar la bibliografía del tema, pudimos observar que existe contradicción en algunos autores al reportar sus resultados, ya que encontramos razón de momios positivas en estudios de autores que niegan asociación entre acrocordon y pólipos intestinales. Así mismo, el tamaño de las muestras empleadas en la mayor parte de los estudios es pequeña en relación con la frecuencia que presentan los acrocordon, a pesar que predominaron los estudios de tipo retrospectivo, otro aspecto que consideramos no adecuado, para determinar una asociación con gran relevancia.

Nuestro punto de vista respecto a la posible asociación entre los acrocordon y pólipos colónicos, es que debido a una relación estadísticamente significativa entre el grupo de pacientes con acrocordon y síntomas gastrointestinales, es en éste último grupo, probablemente, donde los acrocordon demuestren ser un marcador cutáneo.

CONCLUSIONES.

1. La prevalecia de acrocordon en la población estudiada fue del 32.6%.

2. No se demostró predominio en alguno de los sexos.

3. El grupo de pacientes con mayor prevalencia de acrocordon fue de 40 a 50 años de edad (26.5), seguido por el grupo de 30 a 40 años de edad (23.17%).

4. La correlación del peso entre los grupos con acrocordon y sin acrecordon, demostró un mayor peso en el primer grupo, lo cual fue estadísticamente significativo. Esto no sucedió respecto a la talla; sin embargo, el índice de masa corporal promedio de 28.03 en el grupo con acrocordon con respecto al del grupo sin acrocordon (25.48), sí resultó significativo.

5. La topografía más frecuente fue el cuello, y en segundo lugar axilas.

6. El grupo con acrocordon tuvo antecedentes familiares de acrocordon en un 49.1%.

7. La presencia de acrocordon concomitante con la acantosis nigricans benigna demostró valores estadísticamente significativos.

8. La asociación de acrocordon y síntomas gastrointestinales positivos demostró ser significativa.

TABLA 1. ESTUDIOS QUE DEMUESTRAN ASOCIACION ENTRE ACROCORDON Y POLIPOS INTESTINALES (RAZON DE MOMIOS POSITIVA).

INVESTIGADOR:	AÑO:	Número pac.:	RAZON DE MOMIOS
LEAVITT	1983	94	1.2
CHOBANIAN	1985	100	1.1
KUNE	1985	100	2.8
DALTON	1985	100	3.1
BEITLER	1986	54	4.4
VINEL	1987	48	1.5
PIETTE	1988	100	3.8

TABLA 2. ESTUDIOS QUE NIEGAN ASOCIACION ENTRE ACROCORDON Y POLIPOS INTESTINALES (RAZON DE MOMIOS NEGATIVA).

INVESTIGADOR:	AÑO:	Número pac.:	RAZON DE MOMIOS:
DESCHAMPS	1985	68	0.35
DESCHAMPS	1985	176	0.41
LUK	1986	187	0.08
ANCIAUX	1986	220	0.46
VINEL	1987	52	0.15
GOULD	1988	492	0.94

TABLA 3. RELACION DE ACROCORDON Y SEXO

ACROCORDON	HOMBRES	MUJERES
NO	424 (34.11%)	819 (65.89%)
SI	178 (29.67%)	422 (70.33%)

TABLA 4. RELACION DE ACROCORDON Y PESO.

ACROCORDON	NUMERO DE PAC.	PESO PROMEDIO (kgrs.)	DESVIACION ESTANDAR
NO	1243	62.38	12.03
SI	600	68.19	14.06

TABLA 5. RELACION DE ACROCORDON Y TALLA.

ACROCORDON	NUMERO DE PAC.	TALLA MEDIA (Mtrs.)	DESVIACION ESTANDAR
NO	1243	1.56	0.09
SI	497	1.56	0.09

TABLA 6. RELACION DE ACROCORDON E INDICE DE MASA CORPORAL.

ACROCORDON	NUMERO DE PAC.	IMC PROMEDIO	DESVIACION ESTANDAR
NO	1243	25.48	4.57
SI	600	28.03	5.30

TABLA 7. RELACION DE TAMAÑO DE ACROCORDON.

ACROCORDON	TAMAÑO PROMEDIO	DESVIACION ESTANDAR
MENOR	1.89 mm	1.49 mm
MAYOR	3.56 mm	2.82 mm

ESTA TESIS NO DEBE SALIR DE LA BIBLIOTECA

TABLA 8. EDAD DE INICIO DE ACROCORDON.

EDAD INICIO	NUMERO PAC.	PORCENTAJE	FRECUENCIA ACUMULADA	PORCENTAJE ACUMULADO
<40a.	395	74.67	395	74.67
40-49a.	88	16.64	483	91.31
50-59a.	38	7.18	521	98.49
>60a.	8	1.51	529	100.00

TABLA 9. RELACION DE ACROCORDON Y ACANTOSIS NIGRICANS.

ACROCORDON	ACANTOSIS NIGRICANS NO	ACANTOSIS NIGRICANS SI
NO	1203 (96.78)	40 (3.22)
SI	527 (87.83)	73 (12.17)

p=0.000

TABLA 10. RELACION DE ACROCORDON Y SINTOMAS GASTROINTESTINALES.

ACROCORDON	SINTOMAS G.I. (-)	SINTOMAS G.I. (+)
NO	707 (56.88%)	536 (43.12%)
SI	246 (41.0%)	354 (59.0%)

p=0.000

TABLA 11. RELACION DE ACROCORDON Y DOLOR ABDOMINAL.

ACROCORDON	DOLOR ABDOMINAL -	DOLOR ABDOMINAL +
NO	116 (21.6)	420 (78.3)
SI	74 (20.9)	280 (79.1)

p=0.793

TABLA 12.RELACION DE ACROCORDON Y DISMINUCION DEL CALIBRE DE LAS HECES.

ACROCORDON	DISM. CALIBRE HECES -	DISM. CALIBRE HECES +
NO	341 (63.6)	195 (36.3)
SI	200 (56.5)	154 (43.5)

p=0.033

TABLA 13. RELACION DE ACROCORDON Y EXPULSION DE PARASITOS.

ACROCORDON	EXPULSION PARASITOS -	EXPULSION PARASITOS +
NO	479 (89.3)	57 (10.6)
SI	299 (84.4)	55 (15.5)

p=0.031

TABLA 14. RELACION DE ACROCORDON Y SANGRADO RECTAL.

ACROCORDON	SANGRADO RECTAL -	SANGRADO RECTAL +
NO	418 (77.9)	118 (22.0)
SI	265 (74.8)	89 (25.1)

p=0.280

TABLA 15. RELACION DE ACROCORDON Y MELENA.

ACROCORDON	MELENA -	MELENA +
NO	437 (81.5)	99 (18.4)
SI	282 (79.6)	72 (20.3)

p=0.489

DISTRIBUCION DE PACIENTES CON Y SIN ACROCORDON

POR GRUPOS DE EDAD.

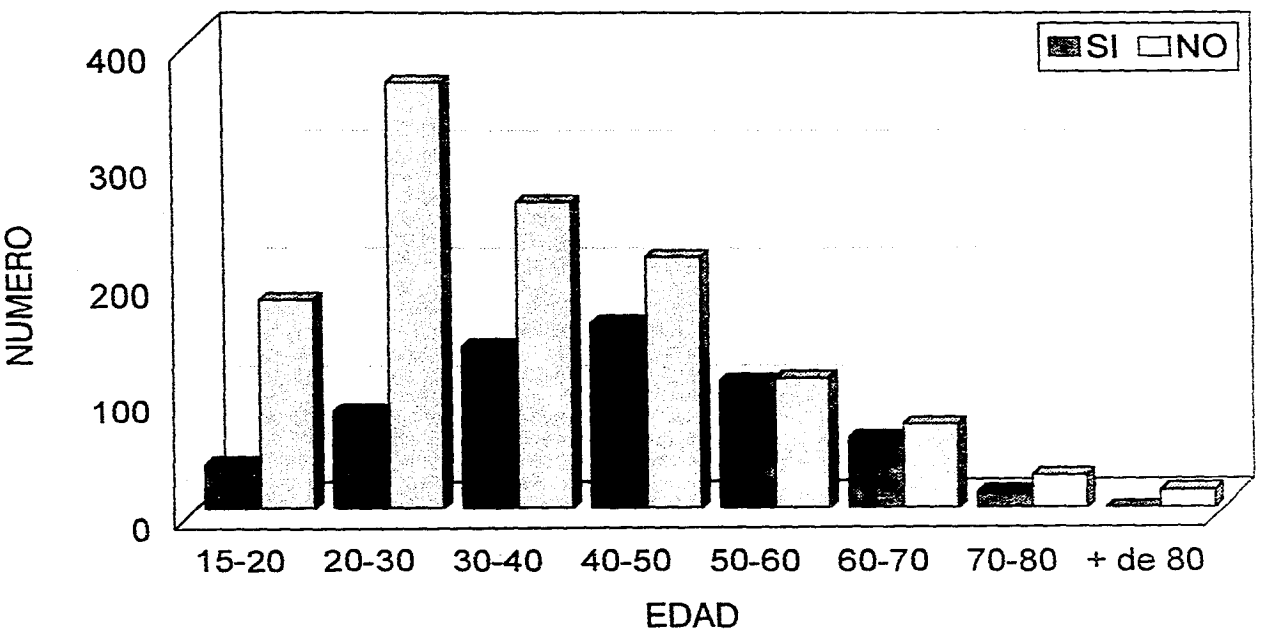

Figura 1.

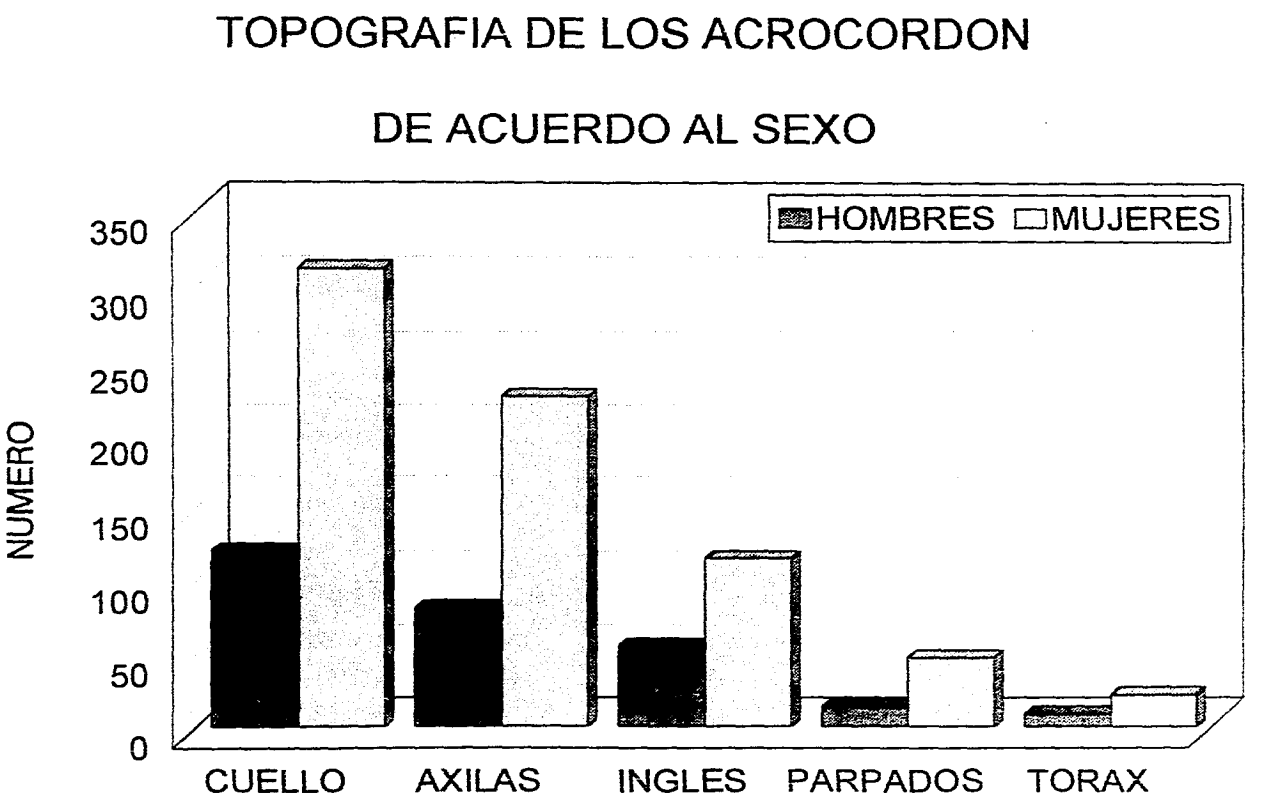
TOPOGRAFIA DE LOS ACROCORDON
DE ACUERDO AL SEXO
HOMBRES
MUJERES
NUMERO
350
300
250
200
150
100
50
0
CUELLO
AXILAS
INGLES
PARPADOS
TORAX

Figura 2.

HOSPITAL GENERAL DE MEXICO

Servicio de Dermatología

PROTOCOLO: PREVALENCIA DE ACROCORDON EN LA POBLACION GENERAL DEL HOSPITAL GENERAL DE MEXICO, SS.

HOJA DE RECOLECCION DE DATOS:

I. FICHA DE IDENTIFICACION: DIA MES AÑO

NOMBRE:.....( ) ( ) ( )

SEXO: MASCULINO ( ) FEMENINO ( )

EDAD:.....a FECHA DE NACIMIENTO: DIA ( ) MES( ) AÑO( )

PESO:.....Kgr. TALLA:.....Mts.

DOMICILIO PERMANENTE:.....

MOTIVO DE CONSULTA:.....

II. ACROCORDON: SI ( ) NO ( )

TOPOGRAFIA: CUELLO ( ) AXILAS ( ) OTRO (especifique)

NUMERO DE ACROCORDON: -5 ( ) 5-20 ( ) +20 ( )

TAMAÑO: MENOR.....mm MAYOR.....mm

EDAD DE INICIO: -40a ( ) 40-49a ( ) 50-59a ( ) 60-69a ( ) 70-79a. ( ) +80a. ( )

ANTECEDENTES FAMILIARES DE ACROCORDON: SI ( ) NO ( )

III. ACANTOSIS NIGRICANS SI ( ) NO ( )

IV. SINTOMAS GASTROINTESTINALES: SI ( ) NO ( )

( ) SANGRADO RECTAL

( ) MELENA

( ) DISMINUCION CALIBRE DE HECES

( ) DOLOR ABDOMINAL

( ) EXPULSION DE PARASITOS

NOMBRE DEL ENCUESTADOR_____

BIBLIOGRAFIA

1. Gregory B, Ho V. Cutaneous manifestations of gastrointestinal disorders. Part I. J Am Acad Dermatol 1992; 26: 153-66

2. Gregory B, Ho V. Cutaneous manifestations of gastrointestinal disorders. Part II. J Am Acad Dermatol 1992; 26: 371-83

3. Ibarra A , Anides A. Síndromes cutáneos asociados a poliposis intestinal.TESIS UNAM, 1995

4. Fitzpatrick T, et al. Dermatology in General Medicine. 4th ed. McGraw-Hill,Inc. USA. 1993

5. Banik R, Lubach D. Skin tags: localization and frequencies according to sex and age. Dermatologica 1987; 174: 180-83

6. Rook A, et al. Tratado de Dermatología. 4a ed. Ed. Doyma. España. 1989

7. Lever W. Histopatología de la piel. 7a ed. Inter-médica. Buenos Aires, Argentina. 1991

8. Gail L. Bongiovanni. Manual clínico de Gastroenterología. 1a ed. McGraw-Hill. USA.1983: 569-89

9. Bussey HJR, Veale AMO, Morson BC. Genetics of gastrointestinal polyposis. Gastroenterology 1978; 74: 1325-30

10. Harrison. Principios de Medicina Interna. 6a ed. McGraww-Hill. USA. 1986

11. Cooper P, Fechner R. Pilomatricoma-like changes in the epidermal cysts of Gardner's syndrome. J Am Acad Dermatol 1983; 8: 639-644

12. Traboulsi E, Krush A, Gardner EJ, et al. Prevalence and importance of pigmented ocular fundus lesions in Gardner's syndrome. N Engl J Med 1987; 316: 661-67

13. Klein I, Parven G, Gavaler J, et al. Colonic polyps in patients with Acromegaly. Ann Intern Med 1982; 97: 27-30

14. Leavitt J, Klein I, Kendricks F, et al. Skin tags: A cutaneous marker for colonic polyps. Ann Intern Med 1983; 98: 928-30

15. Kune G, Gooey J, Penfold C, et al. Association between colorectal polyps and skin tags. Lancet 1985; 2: 1062-63

16. Chobanian S, Van Ness M, Winters Jr C, et al. Skin tags a marker for adenomatous polyps of the colon. Ann Intern Med 1985; 103: 892-893

17. Beitler M, Eng A, Kilgour M, et al. Association between acrochordons and colonic polyps. J Am Acad Dermatol 1986; 14: 1042-44

18. Vinel JP, Marcerou Ph, Cassigneul J, et al. Molluscum pendullum et lésions prénéoplasiques et néoplasiques colorectales. Gastroenterol Clin Biol 1987; 11: 177-78

19. Dalton A, Coghill S. No association between skin tags and colorectal adenomas. Lancet 1985; 1: 1332-33

20. Luk GD, and the colon neoplasia work group. Colonic polyps and acrochordons (skin tags) do not correlate in familial colonic polyposis. Ann Intern Med 1986; 104: 209-10

21. Gould B, Ellison RC, Greene HL, et al. Lack of association between skin tags and colon polyps in a primary care setting. Arch Intern Med 1988; 148: 1799-1800

22. Deschamps JP, Jobard JM, Ottignon Y, et al. Le Molluscum pendulum est-il un marqueur cutané des polypes rectocoliques? Gastroenterol Clin Biol 1985; 9: 51A

23. Deschamps JP, Jobard JM, Ottignon Y, et al.Valeur du molluscum pendulum pour le diagnostic de polypes et/ou de cancers rectocoliques. Gastroenterol Clin Biol 1987; 11: 176-77

24. Anciaux ML, Ink O, Pelletier G, et al. Valeur du molluscum pendulum pour le diagnostic des lésions néoplasiques colorectales. Gastroenterol Clin Biol 1986; 10: 396-99

25. Piette AM, Meduri B, Fritsch J, et al. Do skin tags constitute a marker for colonic polyps? Gastroenterology 1988; 95: 1127-9

26. Alcalay J, David M, Sandbank M. Skin tags and colonic polyps. J Am Acad Dermatol 1987; 16: 403

Este trabajo de tesis de postgrado en Dermatología fue aprobado por la Unidad de Epidemiología Clínica con el registro: DIC/94/109/03/120.

Fue revisado y aceptado para impresión por la Dra. Gladys León Dorantes, médico de la citada unidad.

Unidad de Epidemiología Clínica
FACULTAD DE MEDICINA, U. N. A. M.
HOSPITAL GENERAL DE MEXICO, S. S.