

VASCULITIS: EPIDEMIOLOGÍA, CLÍNICA E HISTOPATOLOGÍA, EN LA CÁTEDRA DE DERMATOLOGÍA, FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS, UNIVERSIDAD NACIONAL DE ASUNCIÓN (FCM-UNA).

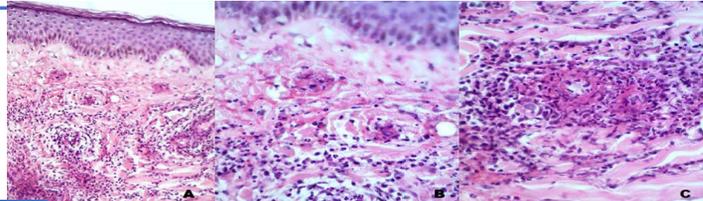
Re **María Lorena**, Di Martino Beatriz, Rodríguez Mirtha, Knopfmacher Oilda, Bolla Lourdes.
Cátedra de Dermatología. Hospital de Clínicas. Facultad de Ciencias Médicas. Universidad Nacional de Asunción. Asunción-Paraguay.



INTRODUCCIÓN: La vasculitis es la inflamación de la pared del vaso sanguíneo, independientemente del tamaño del vaso (arterias, venas o ambos), etiología del proceso, u órgano afecto. Puede ser un proceso idiopático, un desorden secundario (infecciones, fármacos, neoplasias o enfermedades inflamatorias sistémicas) o un fenómeno incidental. La extensión y gravedad oscilan entre un cuadro cutáneo autolimitado y un compromiso multivisceral potencialmente mortal. La afectación cutánea es muy frecuente en los distintos tipos de vasculitis, como única manifestación de la enfermedad o en el contexto de cuadros con compromiso sistémico.

OBJETIVO: Determinar las características epidemiológicas, clínicas e histopatológicas de las vasculitis en la Cátedra de Dermatología del Hospital de Clínicas, FCM-UNA.

MATERIALES Y MÉTODOS: estudio descriptivo, retrospectivo, de corte transversal de enero de 2004 a diciembre de 2015.



Paciente con vasculitis de vasos de pequeño calibre. Presenta placas, máculas, pápulas, petequias y algunas ampollas. Fuente: archivo iconográfico de la Cátedra de Dermatología. FCM-UNA.

Tinción con H & E. A: Vasos de pequeño calibre de la dermis superficial con inflamación aguda neutrofílica. B y C: Edema endotelial, extravasación de fibrina y presencia de inflamación aguda neutrofílica en las paredes vasculares con leucocitoclasia. Cortesía Prof. Dra. Beatriz Di Martino.

RESULTADOS:

- *Se hallaron 127 pacientes con vasculitis lo que corresponde al 0,11% de las 112.616 consulta.
- *El 64,57% (82/127) son del sexo femenino. Edad media 40,4 años. Los rangos etarios más afectados son las 2ª y 5ª décadas.
- *El 13,36% (17/127) eran niños, de entre los cuales, el 52,94% (9/17) eran del sexo femenino. La frecuencia de la vasculitis cutánea infantil fue 0,015% (17/112.616) siendo la edad media 10 años.
- *La lesión elemental más frecuente fue la pápula, con el 43%. La localización más frecuente en miembros inferiores en el 51,18% de los casos.
- *El 8,66% (11/127) de los pacientes presentaban vasculitis sistémica con compromiso cutáneo.
- *El 83,46% (106/127) de los casos correspondía a vasculitis de vasos pequeños. En el 89,76% (114/127) de los casos, el componente inflamatorio era neutrofílico.
- *Según la clasificación de las vasculitis de Carlson et al, el 76,38% de los casos (97/127) correspondía a vasculitis/angeítis cutánea leucocitoclástica, seguido de vasculitis asociada a enfermedad del tejido conectivo 12,6% (16/127).
- *En el 68,57% de los casos, la Prednisona vía oral fue el tratamiento instituido.

Distribución de casos según clasificación de Vasculitis de Carlson et al. N: 127.

Nomenclatura	Cantidad	Porcentaje
Vasculitis de Vasos Pequeños		
Vasculitis/angeítis cutánea leucocitoclástica (VCL)	97	76,38%
Púrpura de Schönlein Henoch (PSH)	8	6,23%
Urticaria Vasculitis (UV)	1	0,79%
Vasculitis de Vasos Predominantemente Pequeños y Medianos		
Vasculitis asociada a enfermedades del tejido conectivo (CTD)	16	12,60%
Poliangeítis Microscópica (PAM)	2	1,57%
Granulomatosis con Poliangeítis (Granulomatosis de Wegener o GW)	1	0,79%
Vasculitis asociada a infección (septicemia)	1	0,79%
Misceláneas: Vasculitis asociada a enfermedad crónica (Fenómeno de Lucio- Enfermedad de Hansen)	1	0,79%
Total	127	100%

Re **M.L.**, et al. **Vasculitis: Epidemiología, Clínica e Histopatología, en la Cátedra de Dermatología, FCM-UNA. Periodo enero a diciembre 2015.**

DISCUSIÓN: Encontramos concordancia con publicaciones internacionales, en lo referente a la baja prevalencia, distribución por edad en la población adulta, sexo, tipo de lesión elemental y localización más afecta, el bajo porcentaje de vasculitis sistémicas frente a las vasculitis cutáneas localizadas, el patrón histológico y el tipo predominante de vasculitis. Respecto a nuestra mayor afectación de mujeres en la vasculitis infantil, lo que difiere de las publicaciones, podría justificarse por el hecho de que la población urbana del Paraguay, presenta un mayor porcentaje de mujeres, incluso en la población infantil. Se ha realizado un trabajo observacional de tal forma a caracterizar al paciente con vasculitis; puesto que es un trabajo original en su contenido, cada dato recopilado y la información resultante serán un reflejo de la situación verdadera de esta patología en nuestra realidad.

CONCLUSIÓN: La vasculitis presenta baja frecuencia en nuestro estudio. El perfil clínico-epidemiológico es el de un paciente femenino, de la 2ª o 5ª década de la vida, que consulta por púrpura palpable de una semana de evolución, en miembros inferiores, y en general se presenta con afectación cutánea localizada. El patrón histopatológico más frecuente es el de vasculitis neutrofílica de vasos pequeños de la dermis superficial. El tratamiento implementado con mayor frecuencia es la Prednisona.

BIBLIOGRAFÍA:
Pulido A., Avilés J., Suárez R. Vasculitis cutáneas. Actas Dermosifiliogr. 2012;103(3):179-191.
Marciano A., Vezzoli F., Berti E. Skin involvement in cutaneous and systemic vasculitis. Autoimmun Rev. 2013;12(4):467-476.
Carlson J., Ng B., Chen K. Cutaneous Vasculitis Update: Diagnostic Criteria, Classification, Epidemiology, Etiology, Pathogenesis, Evaluation and Prognosis. Am J Dermatopathol 2005;27(6):504-528.

*Imagen jpg.(diseño de póster) insertada en la diagramación tal cual como lo envió el autor.



MICETOMAS. Estudio clínico y Epidemiológico. 2004-2017.

Rotela, V; Di Martino, B; Rodríguez, M; Knopfmacher, O; Bolla, L.
Cátedra de Dermatología. H. de Clínicas. FCM-UNA.



INTRODUCCION: El micetoma (M), afecta piel, hipodermis, huesos, y vísceras. Presenta clínicamente: tumefacción, induración leñosa, nódulos y fístulas de drenaje, exudado con granos inmersos en una matriz(1,2). Afecta a habitantes de áreas rurales, predomina entre los 30 y 40 años, más común en hombres. *Micetomas actinomicóticos* son causados por bacterias actinomycetales, y *Micetomas eumicóticos* por verdaderos hongos. Histopatología; epidermis: hiperqueratosis, acantosis irregular; zonas de ulceración; en dermis: granos en el centro de zonas de supuración, y granulomas supurativos en el tejido celular subcutáneo. (1,3)

Justificación: Se realiza este trabajo por ser una patología poco frecuente, crónica y de evolución incapacitante; de difícil diagnóstico y tratamiento, que afecta a hombres en edad laboral; sostén del hogar. **Objetivos:** Realizar análisis clínico-epidemiológico de pacientes con Micetomas. **Metodología:** Estudio observacional, descriptivo, transversal, retrospectivo, analítico. **Muestra:** Pacientes con Micetomas de 2004 a 2017. Se respeta el anonimato.

Fig 1: Distribución por Sexo de Pacientes con Micetoma.

Sexo	Frecuencia	Porcentaje
Sexo Masculino	11	91.66%
Sexo Femenino	1	8.33%
Total	12	100%

Fig 2: Procedencia de Pacientes con Micetomas.

Procedencia	Frecuencia	Porcentaje
Urbano	3	25%
Rural	9	75%
Total	12	100%

Fuente: Archivo de Dermatología.FCM-UNA.2017



Fig. 3: Presentación Clínica de los Micetomas



Fig.4: Ocupación de Pacientes con Micetomas.



Fig.5: Localización Clínica de los Micetomas

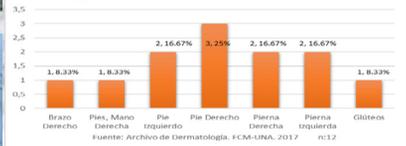


Fig. 6: Rango Etario de los pacientes con Micetoma.

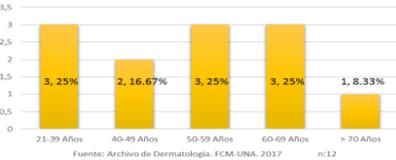


Fig. 7: Etiología de los Micetomas.

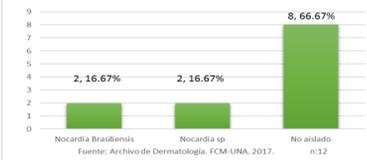


Fig. 8: Tiempo de Evolución y Consulta.



Microbiología:

Examen en Fresco: Se observan granos parduzcos, pequeños, compatibles con *Nocardia*.

Gram de las colonias: Bacilos Gram positivos ramificados.

Coloración de Kinyoung: Bacilos parcialmente ácido alcohol resistentes
Cultivo: Se aísla *Nocardia brasiliensis*. Colonias blancas, secas de crecimiento lento (72 hs), en agar sangre. Similares a palomitas de maíz

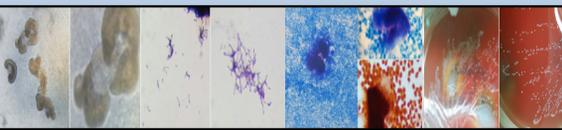


Fig. 10: Hallazgos Histopatológicos de Micetomas.

Histopatología	Frecuencia	Porcentaje
Abcesos centrados por granos	6	50%
Epidermis Hiperplásica	5	41.66%
Epidermis Acantósica	4	33.33%
Hiperplasia Pseudoepiteliomatosa	3	25%
Inflamación Crónica	3	25%
Epidermis preservada	2	16.67%
Infiltrado Nodular	1	8.33%

DISCUSION: Serrano en México reporta mayoría de varones 2-4:1, que coincide con este estudio 91.66%. La mayoría procede de medio rural (75%), y son agricultores (50%); lo que coincide con el reporte de López-Martínez y col. Arenas R informa que la mayoría de los ptes consulta por lesiones entre 2 y 4 años de evolución; similar a este estudio. La Tumoración leñosa con úlceras fistulizadas 8 (66.67%), es la más frecuente. La etiología no se aisló en 66.67%, se aísla *Nocardia sp* en 2 ptes (8.33%), y *N brasiliensis* 2 ptes, (8.33%), *N brasiliensis* fue la bacteria más frecuente (65.58%), según Martínez y Arenas.

CONCLUSION: Los micetomas constituyen un síndrome anatómico-clínico causado por variedad de microorganismos. La clínica característica es indispensable, pero la presencia de granos define a esta entidad. El cultivo del agente causal y el estudio histopatológico, son las herramientas más rápidas y confiables para el diagnóstico. La utilidad de la histopatología es fundamental porque el crecimiento y la identificación en los cultivos es muy difícil. *Nocardia brasiliensis* es el agente causal más frecuentemente identificado. Los resultados servirán de base para futuros programas de Salud Pública que contemplen tratamiento gratuito.

BIBLIOGRAFIA: 1. R. López-Martínez, Arenas R, Bonifaz A; et al.: Actualización de la epidemiología del micetoma en México. Revisión de 3,933 casos. Gaceta Médica de México. 2013; 149:586-92 2. Negroni R, López Daneri G, Maiolo E, Arechavala A. Problemas clínicos en Micología Médica: problema nº 19. Rev Iberoam Micol 2005; 22: 179-180. 3. Abad M, y col. Micetomas, presentación de dos casos con estudio clínico y anatómo-patológico. Folia dermatol. Peru 2005; 16 (2): 75-80.4. Barry S M, y col. Micetomas. Revista Argentina de Dermatología. 2009; 90: 50-62. 5. Magana M. Micetoma. Int J Dermatol 1984; 23 (4): 221-236.

*Imagen jpg.(diseño de póster) insertada en la diagramación tal cual como lo envié el autor.

ESPOROTRICOSIS: CLÍNICA, EPIDEMIOLOGÍA E HISTOPATOLOGÍA EN LA CÁTEDRA DE DERMATOLOGÍA. HOSPITAL DE CLÍNICAS.

Re Dominguez Maria Lorenza, Narvaez Diana, Di Martino Ortiz Beatriz, Rodríguez Masi Mirtha, Knopfmacher Domínguez Oilda, Bolla Argüello de Lezcano Lourdes.

Cátedra de Dermatología. Hospital de Clínicas. Facultad de Ciencias Médicas. Universidad Nacional de Asunción-Paraguay.



INTRODUCCIÓN: Esporotricosis micosis subcutánea causada por *Sporothrix schenckii*, se adquiere por inoculación traumática, frecuente en países tropicales y subtropicales.

OBJETIVO: Describir características clínicas, epidemiológicas e histopatológicas de pacientes con Esporotricosis de la Cátedra de Dermatología del Hospital de Clínicas de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Asunción (FCM-UNA), durante el período de enero de 1992 a diciembre de 2016.

METODOLOGÍA: estudio retrospectivo, descriptivo de corte transversal, en la Cátedra de Dermatología del Hospital de Clínicas, FCM-UNA en el período 1992-2016.

RESULTADOS: Encontramos 183 casos de micosis profunda 0,11% de las 173.978 consultas del período; 50 eran Esporotricosis (0,029% de las consultas), correspondiendo al 27,32% (50/183) de las micosis profundas. 72% (36/50) eran hombres, 30% (15/50) agricultores, 42% (21/50) procedían de áreas rurales del Paraguay; 40% (20/50) presentaba lesiones en miembros inferiores, 34% (17/50) presentaba lesiones ulcerosas, forma cutáneo-linfática fue predominante con el 52% (26/50). El 88% (44/50) de los casos presentó cultivo positivo, 43 casos para *Sporothrix schenckii* y 1 caso para *Sporothrix globosa*. Se instauró tratamiento con Itraconazol en el 74% (37/50) y con Ioduro de potasio en el 26% (13/50) de los casos todos con buena evolución

Micosis Profunda. Clasificación en Cátedra de Dermatología, Hospital de Clínicas. Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Asunción. Período 1992 a 2016.

MICOSIS	CANTIDAD	PORCENTAJE
Paracoccidioidomicosis	69	37,71%
Esporotricosis	50	27,32%
Cromomicosis	45	24,59%
Histoplasmosis	16	8,74%
Coccidioidomicosis	3	1,64%
Total	183	100%

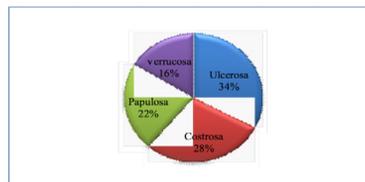
Re M. L., Narvaez D., Di Martino B., Rodríguez M., Knopfmacher O., Bolla L. ESPOROTRICOSIS: CLÍNICA, EPIDEMIOLOGÍA E HISTOPATOLOGÍA EN LA CÁTEDRA DE DERMATOLOGÍA. HOSPITAL DE CLÍNICAS. PERÍODO 1992 A 2016.

Esporotricosis. Clasificación según Localización Anatómica. Cátedra de Dermatología, Hospital de Clínicas. Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Asunción. Período 1992 a 2016.

Localización	Cantidad	Porcentaje
Miembros Inferiores	20	40%
Miembros Superiores	15	30%
Cara	3	6%
Tronco	4	8%
Diseminada	1	2%
No Consignada	7	14%
Total	50	100%

Re M. L., Narvaez D., Di Martino B., Rodríguez M., Knopfmacher O., Bolla L. ESPOROTRICOSIS: CLÍNICA, EPIDEMIOLOGÍA E HISTOPATOLOGÍA EN LA CÁTEDRA DE DERMATOLOGÍA. HOSPITAL DE CLÍNICAS. PERÍODO 1992 A 2016.

Esporotricosis. Clasificación Según Tipo de Lesión. Cátedra de Dermatología, Hospital de Clínicas. Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Asunción. Período 1992 a 2016.



Re M. L., Narvaez D., Di Martino B., Rodríguez M., Knopfmacher O., Bolla L. ESPOROTRICOSIS: CLÍNICA, EPIDEMIOLOGÍA E HISTOPATOLOGÍA EN LA CÁTEDRA DE DERMATOLOGÍA. HOSPITAL DE CLÍNICAS. PERÍODO 1992 A 2016.

Esporotricosis. Clasificación según Forma Clínica. Cátedra de Dermatología, Hospital de Clínicas. Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Asunción. Período 1992 a 2016.

Forma Clínica	Cantidad	Porcentaje
Cutánea Linfática	26	52%
Cutánea Fija	13	26%
Cutánea Diseminada	1	2%
No Consignada	10	20%
Total	50	100%

Re M. L., Narvaez D., Di Martino B., Rodríguez M., Knopfmacher O., Bolla L. ESPOROTRICOSIS: CLÍNICA, EPIDEMIOLOGÍA E HISTOPATOLOGÍA EN LA CÁTEDRA DE DERMATOLOGÍA. HOSPITAL DE CLÍNICAS. PERÍODO 1992 A 2016.

DISCUSIÓN: Encontramos concordancia con estudios regionales en lo referente a prevalencia, que oscila entre 0,01% y 0,098%, distribución por edad, sexo, procedencia rural, relación con agricultura, y la presentación linfática predominante. Comparando con otra serie paraguaya, del año 2002 de Bolla L., donde se reporta una frecuencia de 0,14%, observamos disminución de casos (0,029% en nuestro estudio), lo que podría explicarse por el éxodo de poblaciones rurales a centros urbanos. Diferimos con estudios regionales en nuestra mayor afectación de miembros inferiores frente a miembros superiores, tal vez por el hábito de nuestros campesinos de andar descalzos.



Clínica. Placa eritematocostrosa de 5 cm, de bordes irregulares y límites netos, con ulceración central, en antebrazo izquierdo, alrededor de la cual se disponen múltiples nódulos eritematosos satélites. Iconografía: Cátedra de Dermatología. Hospital de Clínicas

CONCLUSIÓN: Esporotricosis afecta principalmente a varones adultos agricultores, siendo la forma cutáneo-linfática y la afectación de miembros inferiores las más frecuentes en nuestra casuística. Es importante considerarla en nuestra práctica médica cotidiana, especialmente, en aquellos pacientes que desempeñan labores rurales y están expuestos a traumatismos en la piel y el contacto con material vegetal contaminado, sin olvidarnos además del eventual riesgo tras contacto con gatos y otros animales infectados.

BIBLIOGRAFÍA:

Ramirez-Soto M, et al. Perfil clínico-epidemiológico de esporotricosis en una Clínica de referencia en Abancay, Perú: 2004-2011. Rev. Per. epidemiol. 2012; 16 (2): 4-10.
Barros Et Al. Sporothrix Schenckii And Sporothrix Clin. Microbiol. Rev. 2011; 24(4): 633-650.
Bolla L. Esporotricosis en la Cátedra de Dermatología de la FCM-UNA: una visión epidemiológica, clínica y Laboratorial. ANALES de la Facultad de Ciencias Médicas. 2002; 35(1):162-179.

*Imagen jpg. (diseño de póster) insertada en la diagramación tal cual como lo envió el autor.