

**RESÚMENES DE TRABAJOS SELECCIONADOS -
"XXXVII CONGRESO NACIONAL DE LOS
DERMATÓLOGOS ARGENTINOS" -
14 AL 17 DE SETIEMBRE 2005 - SANTA FE - ARGENTINA**

**ABSTRACT FROM THE 37th NATIONAL CONFERENCE
OF THE ARGENTINIAN DERMATOLOGISTS -
SEPTEMBER 14-17, 2005 - SANTA FE, ARGENTINA**

L E VALLE* y A M STELLA**

Rev Argent Dermatol 2006; 87: 121-128.

**CA-MRSA. UN NUEVO DESAFÍO PARA
LOS DERMATÓLOGOS?**

J M Casellas (h)*, O Teglia**, S Lejona***,
A López**, V Israele*, P Etchepare*, R Mari***,
E Cocconi***, N Borda***, R Notario***,
M Campodónico****, F Fay**** y J M Casellas (p)***

* Hospital de Niños de San Isidro. San Isidro.
Buenos Aires.

** Hospital Eva Perón. Granadero Baigorria. Santa
Fe.

*** Departamento de Microbiología.

**** División Estudios Clínicos Laboratorio CIBIC.
Rosario. Santa Fe.

Introducción: CA-MRSA, sigla de *Staphylococcus aureus* (SA) meticilino resistente adquirido en la comunidad, corresponde a cepas de SA resistentes a todos los beta lactámicos. Contrariamente a las cepas hospitalarias, los CA-MRSA son sensibles a otros ATB (en particular rifampicina + trimetoprima-sulfa). Estas cepas: a) producen la leucocidina de *Panton vanlentine* (PVL)

que impide la fagocitosis; b) están relacionadas a un alelo del gen *mec IV* que codifica la meticilino resistencia y que difiere del gen *mec* hospitalario; c) tienen una rapidísima velocidad de duplicación. Todo ello favorece su patología consistente en la rápida complicación de forunculosis, celulitis o abscesos y sepsis de tórpida evolución, que conllevan graves complicaciones como necrosis pulmonar con alta mortalidad. Hasta ahora se han encontrado brotes en comunidades cerradas en varios países del mundo. El más afectado ha sido Uruguay con más de mil casos. Presentamos 5 episodios comprobados de CA-MRSA, tres pediátricos de la zona norte del Gran Buenos Aires y dos en adultos del área de Rosario. Todos los casos fueron confirmados mediante PCR de PVL y *mec IV* (CIBIC). En todos los casos el tratamiento inicial con cefalosporinas de 1ª generación (C1G) fracasó; hubo un óbito y además un brote familiar. Todos los casos comenzaron con forunculosis, celulitis o abscesos. Todos tuvieron repercusiones sépticas con hemocultivos positivos. Excepto el óbito se resolvieron con drenaje y el uso de rifampicina+trimetoprima.

Conclusión: los dermatólogos deben estar atentos y cultivar infecciones de piel y partes blandas evitando el uso inicial de C1G como estaba recomendado. Ante una lesión que no se resuelve y un cultivo positivo para MRSA, debe investigarse la presencia de CA-MRSA por PCR.

* Jefa de Unidad Dermatología Pediátrica.
Profesora Universitaria en Medicina (UCS).
Dermatóloga Universitaria.
Docente Adscripta en Dermatología (UBA).
e-mail: lidiavalle@hotmail.com

** Profesor Adjunto. Departamento de Química Biológica. Facultad de Ciencias Exactas y Naturales. Universidad de Buenos Aires. Investigador Independiente del CONICET.
e-mail: stella@qb.fcen.uba.ar

CLORACNÉ. REVISIÓN DEL TEMA

S Gaviola y LC López Agüero
e-mail: lucyk@infovia.com.ar

Introducción: el cloracné se observa en operarios expuestos a hidrocarburos, clorados, aceites de corte, fabricación de pesticidas.

La clínica se presenta con comedones de inicio facial, respetando nariz, en hombros, antebra-

zos, muslos, espalda, zona genital y glúteos. Se diferencia del acné vulgar por carecer de pápulas y pústulas que puedan abscedarse.

Objetivo: se brinda revisión del tema a propósito de un caso clínico.

Material y método: paciente de sexo masculino de 45 años, que trabaja como oficial mecánico reparando motores de locomotoras, desde hace 25 años. Contacta habitualmente con aceites minerales nuevos y usados, líquidos dieléctricos, gasoil, kerosene y desengrasantes.

Examen dermatológico: cara, frente, pómulos, nariz y orejas con múltiples comedones abiertos y cerrados. Piel seborreica infiltrada en zonas malares, pápulas foliculares y quistes amarillentos de 0.5 cm de diámetro, discromía gris pardusca. Tórax y hombros: múltiples comedones abiertos en distintas etapas evolutivas sin inflamación significativa.

Diagnóstico histológico: dos tomas que muestran comedones abiertos en distintas etapas evolutivas sin inflamación significativa.

El tratamiento requiere etapas:

1) recalificación laboral al sector libre de exposición a contaminantes.

2) controles periódicos de vigilancia por la aparición de queratosis, carcinomas cutáneos, cáncer de pulmón y porfirias.

Tratamiento dermatológico: protección solar, ácido retinoico en crema al 0.05%, peeling químicos (ácido tricloroacético 35%, ácido glicólico 50%), criocirugía, dermoabrasión y cremas hidratantes.

Conclusión: las manifestaciones dermatológicas alertan al especialista a controlar complicaciones sistémicas como cáncer de pulmón y de piel. Esta patología de índole laboral requiere seguimiento multidisciplinario.

DISPLASIA ECTODÉRMICA ANHIDRÓTICA

ML Yarza, LE Valle, SA Grees,

D Navacchia y M Gutiérrez

Hospital General de Niños Pedro de Elizalde.

Buenos Aires. Argentina.

lidiavalle@hotmail.com

Introducción: las displasias ectodérmicas comprenden un heterogéneo grupo de enfermedades, con desarrollo anormal de estructuras de origen ectodérmico.

Para la clasificación se tienen en cuenta la ausencia o presencia de los siguientes signos: 1) tricodisplasia, 2) odontodisplasia, 3) onicodisplasia y 4) desórdenes de la sudoración. Así tenemos el grupo A: con anomalías de 2 ó más de las estructuras mencionadas (este grupo a su vez

presenta 11 subgrupos) y el grupo B que incluye displasia de una de esas estructuras con, otros signos de origen ectodérmico.

Caso clínico: presentamos un niño de 3 años de edad, de sexo masculino con diagnóstico de displasia ectodérmica hipohidrótica. Este tipo está ligado al cromosoma X.

El paciente presenta pelo claro, ralo, fino, alopecia de cola de cejas, piel periorbicular arrugada y labios carnosos evertidos.

La piel del resto del tegumento es suave y aterciopelada. Refiere que no transpira.

Como antecedentes personales padece de brotes reiterados de dermatitis atópica y episodios de fiebre sin causa.

Se realizaron 2 biopsias cutáneas en las que se observó ausencia de unidades pilosebáceas y de glándulas sudoríparas.

En una muestra de pelo se constató ausencia de médula en el tallo piloso.

Conclusión: el interés de la presentación se basa en contribuir al conocimiento de esta patología, que en oportunidades presenta episodios de hipertermia, pudiendo ocasionarle al paciente convulsiones febriles.

Se aconseja el estudio genético.

EN BUSCA DE LA MEJOR OPCIÓN TERAPÉUTICA SISTÉMICA PARA LA ONICOMICOSIS EN LA SENESCENCIA

E G Bittar y M O Bittar

Cátedra de Dermatología. Facultad de Ciencias Médicas. Universidad Nacional de Cuyo.

gabittar@yahoo.com.ar

Introducción: la onicomicosis es una enfermedad relativamente común que compromete las uñas de los pies y con menor frecuencia las manos. Es causada predominantemente por dermatofitos y afecta la mayoría de las veces a adultos y gerontes. Produce consecuencias tanto fisiológicas como psicológicas y sociales.

En los últimos años se ha ampliado la gama de posibilidades, para tratar enfermedades micóticas con agentes sistémicos.

Nuestro objetivo es revisar y analizar las mejores opciones terapéuticas antimicóticas sistémicas en la senescencia.

Material y método: se evalúan y analizan las mejores posibilidades terapéuticas sistémicas, para tratar las onicomicosis en pacientes de edad avanzada. Los antimicóticos sistémicos revisados son: griseofulvina, el imidazólico ketoconazol, los triazólicos fluconazol e itraconazol y la alilamina terbinafina. Estos antimicóticos se evalúan teniendo en cuenta los criterios de selección del tratamiento antionicomocótico, entre los cuales figu-

ran los patógenos causales, efectos adversos, interacciones medicamentosas, tolerancia, antecedentes alérgicos, terapéutica utilizada anteriormente, edad y estado de salud del geronte y costo, entre otros.

Conclusión: la terbinafina tiene la gran mayoría de sus efectos adversos categorizados como menores. Presenta una alta afinidad por la queratina y su persistencia en uñas después de la interrupción del tratamiento, es de aproximadamente 6 meses. No ejerce acción sobre la citocromo P-450; consecuentemente presenta pocas interacciones medicamentosas y de escaso valor clínico, además su absorción no es dependiente del pH gástrico, por lo que no requiere administración concomitante con ningún tipo de comida. Todas estas características hacen de la terbinafina, en muchos casos, el tratamiento de elección para tratar las onicomicosis en el geronte.

ENFERMEDADES GRANULOMATOSAS COEXISTENTES

EG Bittar y V Parra

Cátedra de Dermatología. Facultad de Ciencias Médicas. Universidad Nacional de Cuyo. gabittar@yahoo.com.ar

Introducción: el granuloma anular y la necrobiosis lipoídica son dos patologías de etiología aún desconocida y de características histológicas similares, pero se diferencian en su clínica. La presentación simultánea de ambas dermatosis en un mismo paciente, ha sido publicado en la literatura como un hallazgo infrecuente.

Material y método: se presenta a una paciente de 73 años de edad, con antecedentes de hipotiroidismo y diabetes mellitus de 11 años de evolución; obesa y cardiópata quien presenta dos tipos de dermatosis (ambas de 10 años de evolución). En miembro superior izquierdo presenta lesiones papulosas, ligeramente eritematosas, que se disponen formando lesiones anulares con borde sobreelevado y levemente infiltradas, compatible con granuloma anular. En miembros inferiores presenta lesiones discoides bien delimitadas, de contornos irregulares eritematosos y con un centro atrófico y telangiectasias en su superficie, ubicadas en cara anterior de ambas piernas compatible con necrobiosis lipoídica.

Conclusión: el granuloma anular y la necrobiosis lipoídica son dermatosis, cuyos factores etiológicos comunes son la diabetes mellitus, no habiendo sido confirmada definitivamente su asociación. Ambas patologías son poco frecuentes en la dermatología y su asociación en un mismo paciente es excepcional.

El interés del caso es mostrar dos patologías dermatológicas presentes en un mismo paciente, que presenta alteraciones endócrinas; resaltar su asociación con la diabetes mellitus, hacer una revisión de las opciones terapéuticas posibles y destacar que, según la literatura, el oncogén gli-1 estaría altamente expresado en enfermedades dermatológicas granulomatosas como el granuloma anular, la necrobiosis lipoídica y la sarcoidosis.

ENVEJECIMIENTO CUTÁNEO: EFECTO DE LA LUZ ULTRAVIOLETA SOBRE LAS COLAGENASAS. ACCIÓN INHIBITORIA DE LOS ANTIOXIDANTES

LC López Agüero, K Lobasso, A Capano y AM Stella

Laboratorio de Ecoporfirinas. Facultad de Ciencias Exactas y Naturales. Universidad de Buenos Aires. CONICET.

e-mail: stella@qb.fcen.uba.ar

Introducción: las metaloproteinasas (MMP) son endopeptidasas producidas por los fibroblastos y otras células, que actúan proteolíticamente sobre la degradación del colágeno.

Los fibroblastos sintetizan los inhibidores tisulares de las metaloproteinasas (TIM); se unen a las MMP y forman complejos que impiden la degradación de las fibras de la matriz.

Sustratos de las metaloproteinasas:

Colagenasa: colágeno.

Gelatinasa: gelatinas, colágeno y elastina.

Estromelisininas: gelatinas, colágeno, fibronectinas y lamininas.

Matrilisininas: fibronectinas.

Metaloelastasa: elastina.

Las MMP son codificadas por genes nucleares, los que son transcritos a ARN y traducidos para su adecuada expresión. La transcripción está dada por los factores de transcripción AP-1 y NF-KB.

Ante cualquier alteración que conduzca a un incremento de los factores de transcripción AP-1 y NF-KB provocaría una síntesis acelerada de MMP, acompañada con un desbalance en el metabolismo del colágeno.

Los fotones interaccionan con los cromóforos de la piel que se encuentran en alta concentración (melanina, ADN, ácido urocánico).

El proceso de envejecimiento afecta la epidermis y la dermis, particularmente al nivel de la matriz extracelular de la dermis, ocasionando un incremento en los niveles de AP-1 y NF-KB. La consecuencia sería un incremento en la síntesis de MMP.

Sustancias inhibidoras de las MMP que actúan evitando la degradación del colágeno:

Polifenoles: el uso tópico y oral reduce la producción de MMP que degradan la matriz. Ejemplo: *Camellia sinensis* (té verde).

La vitamina C en su forma de palmitato de ascorbilo estimula el crecimiento de fibroblastos y ayuda a producir colágeno y elastina en la piel.

Vitamina E: el alfa-tocoferol que inhibe la actividad de la proteína quinasa C (PKC), disminuye la acción del gen de transcripción de colagenasa sin afectar el inhibidor natural tisular Tim.

Ácido retinoico: evita los efectos negativos de las radiaciones ultravioletas B (UVB), sobre las enzimas proteolíticas modificadoras del colágeno y elastina; al unirse a su receptor nuclear evita la estimulación de los factores de transcripción AP-1 y NF-KB.

Conclusión: existe una clara relación entre el estrés oxidativo causado por la luz solar y su acción cancerígena. La aplicación tópica en cantidades adecuadas de antioxidantes inhibe la acción deletérea de las radiaciones UV.

ERITEMA FIJO PIGMENTARIO POR ROFECOXIB

S Colombo, C Losada y MC Corbella
e-mail: sebcolmail@yahoo.com.ar

Introducción: el eritema fijo pigmentario es una toxidermia medicamentosa desencadenada por numerosos fármacos, entre los más frecuentes se encuentra el grupo de los antiinflamatorios no esteroides (AINES). Entre ellos se encuentra el rofecoxib, un inhibidor selectivo de la enzima ciclooxigenasa 2 (COX-2).

Caso clínico: NR, sexo femenino, 53 años de edad, consulta por máculas eritemato-parduscas, asintomáticas, localizadas en flancos, abdomen y raíz de miembros inferiores, de dos meses de evolución.

Antecedentes personales: cirugía de hernia discal a nivel lumbar L4-L5 hace cuatro años; a los dos años de la misma comienza con lumbalgia, motivo por el que se le indicó tratamiento analgésico con rofecoxib 25 mg/ día vía oral, que recibió hasta el momento de la consulta.

Exámenes complementarios: leucopenia de 3.500 GB por mm³, con inversión de la fórmula relativa (46% neutrófilos – 47% linfocitos); el resto del laboratorio de rutina con parámetros normales.

El estudio histológico reveló hallazgos vinculables a una farmacodermia.

Se suspende la administración del rofecoxib.

Evolución: el laboratorio de control a los treint

ta días de la suspensión del fármaco demostró recuperación del valor de glóbulos blancos (4.800 por mm³), con normalización del porcentaje de neutrófilos (65%) y linfocitos (31%). Al mismo tiempo las máculas experimentan una paulatina atenuación de su pigmentación, especialmente las más antiguas.

Conclusión: presentamos un caso de eritema fijo pigmentario por rofecoxib, droga que ha sido retirada recientemente de su comercialización por sus efectos adversos cardiovasculares, sin embargo las reacciones cutáneas adversas son poco frecuentes.

HIPERHIDROSIS PALMAR Y LA ALTERNATIVA QUIRÚRGICA PARA SU TRATAMIENTO DEFINITIVO

H Steger*, H Susacasa*, E Stoletniy*,
G Riffel**, JL Iribas** y E Antivero***

* Cirujanos de planta

** Dermatólogos de planta

***Endocrinóloga

Sanatorio Adventista del Plata.

Hospital Escuela de la Universidad Adventista del Plata Libertador San Martín.

Entre Ríos. Argentina.

Introducción: la sobreproducción primaria de sudor de las glándulas ecrinas, localizadas en las palmas de las manos, es una patología poco frecuente; se encuentra presente en menos del 0.5% de la población. En los casos severos, los pacientes sufren reales limitaciones para el desempeño de sus actividades laborales y sociales cotidianas.

Son múltiples los tratamientos propuestos y cada uno presenta ventajas y desventajas.

Objetivo: demostrar que la simpatectomía torácica videoasistida es una alternativa válida para el tratamiento de la hiperhidrosis palmar, en casos seleccionados.

Lugar de aplicación: sanatorio privado.

Diseño: estudio retrospectivo.

Población: se operaron dos pacientes, de 22 y 18 años respectivamente, con hiperhidrosis palmar severa.

Método: los pacientes con hiperhidrosis palmar severa, luego de haber agotado los estudios para descartar formas secundarias, fueron tratados quirúrgicamente con simpatectomía torácica videoasistida, resecaándose los ganglios simpáticos torácicos T2, T3 y T4 en forma bilateral, diferida una semana en el primer caso y en el mismo acto operatorio en el segundo.

Resultados: en ambos casos la morbilidad fue nula y el resultado post quirúrgico inmediato y permanente. La internación para cada procedi-

miento fue de un día. Uno de los pacientes presentó episodios aislados de hipersudoración compensatoria dorsal, que luego remitieron espontáneamente. El grado de satisfacción en ambos pacientes fue elevado.

Conclusión: la simpatectomía torácica videoasistida es una alternativa válida para el tratamiento definitivo de la hiperhidrosis palmar, en casos debidamente estudiados y seleccionados.

MANUEL RODRÍGUEZ Y SARMIENTO. LA VIGENCIA DE SU ACCIÓN

JL Iribas y L Ferraro

e-mail: joseloir@arnet.com.ar

Manuel Rodríguez y Sarmiento (1762-1837) llegó al Río de la Plata en 1787. En 1791 revalidó su título de Cirujano Romancista ante el Tribunal de Protomedicato. Desarrolló su actividad como Médico en Santa Fe de la Vera Cruz. Cirujano de la Compañía de Blandengues, médico de pobres y presos, es considerado el "primer higienista"; aplicó las primeras vacunas y procuró controlar la propagación de la lepra. Combatió la venta incontrolada de medicinas y el curanderismo.

Desde su arribo a Santa Fe debió superar dificultades que obstaculizaron su trabajo, sin embargo cumplió con los objetivos que se había trazado, entre ellos el funcionamiento del primer hospital (1793). En 1825 se hizo cargo del Hospital de la Concepción de Belén; en 1824 realizó una colecta destinada a la construcción de un lazareto.

Motivo de presentación: conocer nuestra historia nos permite entender el presente.

MORFEA PROFUNDA GENERALIZADA

*J Ancajima Moscol**, *MB Leroux***,

*JM Cabrini****, *A Sánchez*****, *A Bergero******

y *RA Fernández Bussy******

* Concurrente de 2^o año de la Carrera de Post-Grado en Dermatología.

** Instructora de la Carrera de Post-Grado en Dermatología.

*** Instructor de la Carrera de Post-Grado en Dermatología.

**** Médica del Servicio de Dermatología.

***** Anatomopatóloga.

***** Jefe de Cátedra de Dermatología. Universidad Nacional de Rosario. Servicio de Dermatología. Hospital Provincial del Centenario. Rosario – Santa Fe.

e-mail: jancajumans@hotmail.com

Introducción: la morfea profunda generalizada es una entidad poco común, que se caracteriza por presentar múltiples placas induradas de color marfilino o porcelánico característico, con o sin compromiso del panículo adiposo y sin compromiso de órganos internos.

Caso clínico: paciente de sexo femenino de 52 años, que comienza en febrero de 2004 con piel seca en manos, acompañada de picazón y dolor, cuadro que progresivamente se extiende a los cuatro miembros y al tronco.

En octubre del mismo año consulta a nuestro servicio por esclerosis generalizada de la piel, que dificulta los movimientos y la marcha, acompañada de dolor en todo el cuerpo y artralgias, con gran impotencia funcional. El cuadro imposibilita realizar sus tareas habituales.

Laboratorio: VES: 40, Scl-70: negativo, ENA: negativo, FAN: positivo moteado 1/10, Hep-2: positivo moteado, C3: 135, C4: 26, C50: 30.

Videocapilaroscopia: normal.

Estudio histopatológico: esclerodermia profunda.

Tratamiento: Prednisona, 60 mg/día.

Metotrexate 15 mg/ semana.

Conclusión: paciente con morfea profunda generalizada de comienzo, invalidante, que presenta buena respuesta al tratamiento.

NEVOS MELANOCÍTICOS CONGÉNITOS. IMPORTANCIA DE SU SEGUIMIENTO

LE Valle, JA Laffargue, FGR Sarmiento

y *SM Furrer*

Hospital General de Niños Pedro de Elizalde.

Buenos Aires. Argentina.

lidiavalle@hotmail.com

Introducción: los nevos melanocíticos congénitos son lesiones que se observan por lo general desde el nacimiento.

Presentan diferentes características clínicas, tamaños y localizaciones. Pueden ser pequeños (< 1.5 cm), medianos (1.5 – 20 cm) y gigantes (> 20 cm).

En nuestro medio los más frecuentemente observados son los pequeños y de color marrón oscuro.

El riesgo de melanoma en los niños es variable, no existiendo un único plan de seguimiento.

Material y método: se realizó una búsqueda bibliográfica, con el objeto de evaluar pautas de seguimiento de los nevos melanocíticos congénitos.

Conclusión: los nevos melanocíticos congénitos se observan entre el 1 y el 1.8% de los recién nacidos.

Si bien el riesgo de desarrollar melanoma no es claro (rango de 5 a 40%), la conducta más aceptada es el seguimiento y control, para la detección de cambios y de patología asociada subyacente.

Se consideran la información del paciente y la de su familia, como el eje fundamental del control de los nevus.

POROQUERATOSIS LINEAL

LE Valle, SA Grees y D Navacchia

Hospital General de Niños Pedro de Elizalde. Buenos Aires. Argentina.

lidiavalle@hotmail.com

Introducción: la poroqueratosis es una dermatosis epidérmica; se presenta con lesiones queratósicas (pápulas) que en oportunidades confluyen formando placas anulares y queratósicas e hiperpigmentadas (color café o rojizo), con bordes elevados y centro atrófico. Presenta fenómeno isomórfico de Köebner destacándose la influencia de la luz solar; el prurito de las lesiones puede estar presente. Dentro de las distintas variantes de esta afección, se encuentra la poroqueratosis lineal. Histológicamente tiene un signo característico que es la columela paraqueratósica (tapón córneo con material basófilo granular "en pila de platos").

Caso clínico: presentamos un paciente de 7 años de edad, sin antecedentes familiares de patologías dignas de mencionar. Dentro de los antecedentes personales: la lesión objeto de la consulta la padecía desde el nacimiento y con el correr de los años se manifestaba de mayor tamaño.

En el momento de la consulta se observaba una lesión lineal en miembro inferior izquierdo, que se extendía desde zona glútea, inguinal, cara anterior de pierna, cara interna de pie, dorso de pie y hallux. La lesión era escamosa, de aspecto circinado y festoneado, hipopigmentada, bordes hiperqueratósicos y centro más deprimido. Le ocasionaba en algunos momentos prurito.

Se realiza una histopatología, protocolo 43977 que informa: laminilla corneida aplanada que contacta con el estrato córneo ortoqueratósico. La epidermis tiene ligera acantosis y hay escasos mononucleares perivasculares en la dermis superficial. Diagnóstico: poroqueratosis lineal.

Conclusión: la poroqueratosis lineal es de escasa frecuencia; en la infancia no se observan lesiones de larga evolución ni tan extendidas. Destacamos la importancia de su seguimiento, ya que como se sabe no hay tratamiento efectivo, por la probabilidad de la aparición de lesiones neoplásicas en su evolución.

PREVENCIÓN DEL DAÑO METABÓLICO EN RATONES CF1 EXPUESTOS A LUZ UVC POR INGESTA DE SPIRULINA PLATENSIS (CYANOBACTERIA)

AM Stella, LC López Agüero, MC Zaccaro,

M Storni, M Steyerthal y G Zulpa

Facultad de Ciencias Exactas y Naturales.

Universidad de Buenos Aires. CONICET.

e-mail: cyanob@bg.fcen.uba.ar

Introducción: el incremento en el número de pacientes afectados con cáncer, parece deberse a causas del medio ambiente y a la dieta. Se han encontrado alimentos y sustancias con propiedades protectoras, que reducen el riesgo de contraer cáncer. El β caroteno es una de las sustancias anticancerígenas más conocida junto con las vitaminas C y E.

Spirulina platensis es una cianobacteria cuya biomasa posee un alto contenido de β caroteno, diez veces superior a la de cualquier producto natural, además de proteínas, numerosas vitaminas como la C y E, así como ácidos grasos que justifican su uso como suplemento dietario.

Objetivo: evaluar los efectos de la ingesta de una fuente rica en β caroteno (*S. platensis*) sobre el metabolismo de ratones CF1 expuestos a radiación ultravioleta.

Material y método: ratones hembras adultas de 180 días, depiladas en flanco derecho e izquierdo (1 cm²) recibieron diariamente alimento balanceado comercial, 100 ml de aceite de oliva y agua *ad libitum* durante 30 días. A un tercio de las mismas se las irradió diariamente durante 15 minutos con luz UVC, al otro tercio se las trató de la misma manera que a las anteriores, con el alimento ya citado suplementado con 1.5 mg *S. platensis* disuelta en aceite de oliva, el tercio restante fue considerado control (sin exposición a UVC, ni ingesta de *S. platensis*).

La duración del tratamiento fue de 30 días, tiempo en que se sacrificaron los animales. Se determinaron en sangre parámetros hematológicos (hemoglobina y hematocrito), actividad de la 5-aminolevulínico dehidrasa (ALA-D) y porfirinas en materia fecal. Los resultados se expresaron como porcentajes respecto del control.

El diseño experimental fue completamente aleatorio con 6 repeticiones. Los datos fueron sometidos a un análisis de varianza (ANOVA) y para detectar diferencias entre tratamientos se usó la prueba de Tukey HDS ($p < 0,05$).

Resultados: los parámetros hematológicos: hemoglobina y hematocrito disminuyeron significativamente en 13.12% y 8.7% respectivamente, en los ratones expuestos con radiación UVC, en tanto que en los ratones irradiados, pero

con ingesta *S. platensis*, la disminución fue 7.69 y 1.8% respectivamente.

Conclusión: la ingesta de esta cianobacteria minimiza notoriamente los efectos deletéreos de la irradiación, sin alcanzar los valores del control.

La misma tendencia se observa con los parámetros del metabolismo del hemo. La actividad del ALA-D en animales irradiados se reduce significativamente en un 42.61%, recuperándose su actividad en 28.8% con ingesta de *S. platensis*. Este efecto se corrobora con los valores de porfirinas obtenidos en materia fecal: aumento del 263.12% con irradiación y 4.89% en los ratones irradiados, a los que se les suministró *S. platensis*. Se atribuye el efecto protector al alto contenido de β caroteno consumido en la dieta con *S. platensis*, ya que 10 g de *S. platensis* aportan 14 mg de provitamina A. Además de otros antioxidantes tales como vitaminas C y E; Se, Zn, Mg, Mn y Cu. Los compuestos anteriormente citados muestran una acción protectora, sobre la dermis expuesta a la acción ultravioleta. Los resultados obtenidos permitirán el uso de esta cianobacteria, en pacientes con el metabolismo del hemo alterado como en los portadores de porfiria variegata, coproporfiria hereditaria y protoporfiria eritropoyética.

ROL DE LA EXPOSICIÓN SOLAR EN EL DESARROLLO DE CÁNCER DE PIEL (NO MELANOMA). RESULTADOS PRELIMINARES

MS Dagatti *, GIM Cesarios **,
L Poletto* y SM Pezzotto *

* Instituto de Inmunología. Facultad de Ciencias Médicas. Universidad Nacional de Rosario. Santa Fe 3100.

** Policlínico PAMI I. Rosario.

e-mail: msdagatti@yahoo.com.ar

Introducción: el carcinoma de células escamosas (CCE) y el carcinoma basocelular (CBC) son patologías de frecuente consulta dermatológica, encontrándose en permanente ascenso en la mayoría de los países de occidente. La asociación de esta patología con la exposición solar ha sido documentada en numerosas publicaciones, considerándose importante en su patogénesis la exposición solar intermitente.

Material y método: se realizó un estudio epidemiológico analítico de casos y controles. Los casos fueron individuos de ambos sexos con diagnóstico clínico e histológico de CCE o CBC, que concurrieron espontáneamente a la consulta dermatológica. Los controles fueron pacientes que asistieron a las mismas instituciones, por patologías distintas a las mencionadas. En la anamnesis

realizada se consignó: edad, sexo, datos demográficos, ocupación, escolaridad, características fenotípicas, antecedentes familiares de cáncer de piel y hábitos de exposición solar. También se indagó en los casos la localización del tumor, el tipo clínico y la variedad histológica.

Resultados: se estudiaron 16 casos (7 varones y 9 mujeres) y 34 controles (19 varones y 15 mujeres), cuyos promedios de edad fueron de 67.8 ± 13.1 y 64.1 ± 12.3 , respectivamente. Se diagnosticaron 21 tumores, 19 en cara y 2 en tronco.

Tres casos presentaron más de un tumor, de los cuales el primero presentó cuatro tumores en cara; el segundo dos en cara y el tercero uno en cara y uno en tronco. El diagnóstico histológico fue: CCE: 4 y CBC: 17. El 44% de los casos y el 47% de los controles tenían antecedentes de quemaduras solares. El 25% de los casos y el 6% de los controles tenían antecedentes familiares de cáncer de piel ($p=0.08$). El 56.3% de los casos tenían piel tipo 1, el 25% tipo 2, el 18.8% tipo 3 y ninguno tipo 4. En los controles, estos porcentajes fueron de 29.4; 32.4; 23.5 y 14.7% respectivamente. En los casos, la proporción de pacientes con exposición solar vacacional de más de 10 días fue del 75% y en los controles del 38.3% ($p=0.02$).

Del total de casos con exposición solar vacacional de más de 10 días por año, el 56% no presentó exposición solar laboral ni ocasional diaria.

El riesgo de desarrollar cáncer de piel fue 3 veces mayor en pacientes con nivel de escolaridad medio o alto, comparado con el de quienes sólo terminaron la primaria ($OR=3.06$; $p=0.07$).

Conclusión: los resultados preliminares de este estudio permiten identificar poblaciones de riesgo. Intensificar la educación acerca de los riesgos de la exposición solar vacacional y el uso de protectores solares en las personas de mayor riesgo, podría tener un importante valor en la prevención del desarrollo de estas patologías.

ROSÁCEA EN PEDIATRÍA: A PROPÓSITO DE 5 CASOS

M L Yarza, L E Valle, SM Furrer y D Navacchia
Hospital General de Niños Pedro de Elizalde.
Buenos Aires. Argentina.
lidiavalle@hotmail.com

Introducción: la rosácea es una afección caracterizada por un reflejo vasomotor. Afecta predominantemente mujeres de más de 35 años en las zonas convexas de la cara.

Clinicamente comienza con eritema, al que luego se le agregan telangiectasias y en un tercer período pápulas y pústulas. La mayor expresión clínica es el rinofima, siendo más frecuente

en hombres. La complicación ocular es frecuente.

Casos clínicos: presentamos 5 pacientes en edad pediátrica con diagnóstico de rosácea, acompañados de gran compromiso ocular.

La edad de los pacientes (4 niñas y 1 niño) oscilaba entre 5 y 12 años. Fueron derivados del Servicio de Oftalmología por presentar inyección conjuntival y prurito; 2 pacientes (hermanos) conjuntivitis, fotofobia, flictena corneana, queratitis y pannus; 3 pacientes con antecedentes de chalazión a repetición y 2 con blefaritis de larga evolución.

El compromiso de piel no era tan llamativo como el ocular, presentando eritema de mejillas, telangiectasias leves, pápulas y pústulas.

Se realizaron biopsias cutáneas corroborando el diagnóstico clínico de rosácea.

Los tratamientos fueron instaurados en conjunto con los dos servicios, utilizando en los 5 pacientes medicación antibiótica por vía oral, durante períodos prolongados.

Conclusión: el interés de esta presentación es mostrar esta patología poco frecuente en pediatría, destacando el gran compromiso ocular siendo éste la primera manifestación de la enfermedad. Asimismo llama la atención la presentación de esta afección en 2 hermanos y en otra paciente de rosácea también en sus familiares.

XANTOGRANULOMA JUVENIL A PROPOSITO DE UN CASO

V Ortega*, MB Leroux**, A Sánchez***,
A Bergero**** y R Fernández Bussy*****

* Concurrente de 2º año de la Carrera de Post-Grado en Dermatología

** Instructora de la Carrera de Post-Grado en Dermatología

*** Médica Dermatologa

**** Anatomopatologa

***** Jefe de Cátedra de Dermatología. Servicio de Dermatología.

Universidad Nacional de Rosario. Servicio de Dermatología. Hospital Provincial del Centenario. Rosario. Santa Fe.

e-mail: veritodermato@argentina.com

Introducción: el xantogranuloma juvenil (XGJ) es un trastorno benigno, autolimitado que afecta a neonatos, niños de mayor edad y raras veces a adultos. Es la forma más frecuente de histiocitosis no X.

Se caracteriza por lesiones pápulonodulares de la piel y otros órganos, que corresponden a infiltrados de histiocitos, con acumulación progresiva de lípidos en ausencia de alteraciones metabólicas.

Ocurre dentro del primer año de vida en el 80% de los casos y en el 30% está presente al nacer. Tiende a la involución.

Puede asociarse a neurofibromatosis tipo1 y lesiones sistémicas pulmonares, óseas, renales, pericárdicas, ováricas, colónicas, testiculares, del SNC y raramente con la leucemia mieloide crónica.

Caso clínico: se presenta un paciente masculino de 7 años de edad, sin antecedentes patológicos de jerarquía. Consulta por cuadro de 1 año de evolución caracterizado por lesión única en muslo izquierdo, redondeada, bien delimitada, pápulonodular de color rosado, levemente dolorosa a la palpación, que aumenta lenta pero progresivamente de tamaño. Se realiza extirpación de la lesión.

La histopatología informa lesión compatible con xantogranuloma juvenil. El lipidograma, hemograma y hepatograma no presentaron alteraciones. El examen oftalmológico fue de características normales.

La inmunohistoquímica reveló: CD1 a negativo, S100 positivo focal, CD34 negativo y CD68 positivo.

Ecografía abdominal y testicular: sin alteraciones.

Actualmente el paciente permanece estable, libre de lesiones.

Conclusión: el XGJ es un trastorno benigno dentro de las histiocitosis no X, que predomina en los primeros años de vida. El correcto diagnóstico y seguimiento de esta entidad mejora el pronóstico y la calidad de vida del paciente que lo padece.