

CONTRIBUCIONES ORIGINALES

**UTILIDAD DEL ESTUDIO HISTOPATOLOGICO  
EN DERMATOLOGIA**

**REVISION DE LA INFORMACION OBTENIDA  
EN DIEZ AÑOS (1963-1973)**

ERNESTO MACOTELO RUIZ,\* † FRANCISCO GÓMEZ URCUYO ¶  
y AMADO GONZÁLEZ MENDOZA \* §

*Se informan los resultados de la revisión del material de biopsias y autopsias de pacientes dermatológicos estudiados durante 10 años en el Servicio de Dermatología y Micología Médica del Hospital General del Centro Médico Nacional. El material consistió en 53 769 biopsias de piel y 26 autopsias de un total de 4 968 efectuadas en el hospital.*

*El propósito de la revisión es el de hacer hincapié en la importancia del estudio histopatológico en dermatología y la trascendencia de la preparación en patología dentro del currículum del especialista en esta disciplina.*

*Los resultados de los estudios histológicos se tabularon como a) confirmativos, b) compatibles, c) descriptivos, y d) rectificativos. Se hace hincapié en el número de estudios de interés académico y no diagnóstico que traduce que una de las actividades más importantes del Servicio es la docencia.*

\* Académico numerario.

† Hospital General. Centro Médico Nacional. Instituto Mexicano del Seguro Social.

§ Departamento de Investigación Científica. Centro Médico Nacional. Instituto Mexicano del Seguro Social.

¶ Instituto Nicaragüense de Seguridad Social.

En la práctica diaria de la dermatología, el estudio histológico de la piel para coadyuvar al establecimiento de un diagnóstico nosológico definitivo constituye un procedimiento esencial.

Con excepción de los tumores de la piel, no son muchas las dermatosis que presentan un cuadro histológico característico; sin embargo, la correlación entre el cuadro clínico y la histopatología, con frecuencia permite ratificar o rectificar un diagnóstico previamente establecido, tanto desde el punto de vista clínico como del histológico.

Con base en lo anterior se presenta un análisis de la información que proporcionó el estudio histológico en 8 062 biopsias de piel y 26 autopsias de pacientes dermatológicos, estudiadas en un lapso de 10 años.

### Material y métodos

Se revisaron 53 769 protocolos de biopsias y 4 968 autopsias. De estos protocolos se tomaron los datos correspondientes a las biopsias de piel practicadas por los servicios de dermatología y de cirugía reconstructiva, así como las de las clínicas periféricas adscritas al hospital. Igualmente se estudiaron las autopsias correspondientes al servicio de dermatología.

Las biopsias, seleccionadas teniendo en cuenta el diagnóstico clínico en relación con el histopatológico, fueron clasificadas de la siguiente manera: 1) confirmativas, cuando ambos coincidieron; 2) compatibles, cuando el cuadro histológico por sí mismo era inespecífico o no concluyente pero que, una vez conocido el diagnóstico clínico, fue posible adscribir las alteraciones histológicas a la entidad nosológica

clínica; 3) descriptivas, en los casos en que la imagen histológica fue totalmente inespecífica e incluso con el conocimiento de los datos clínicos no fue posible identificarla con este proceso; 4) rectificativas, aquéllas con imagen microscópica típica de un proceso no identificado por la clínica. También se tomaron en cuenta las biopsias informadas como piel sin alteraciones, sin diagnóstico clínico, y material insuficiente o inadecuado. Las biopsias fueron tabuladas teniendo en cuenta los pacientes vistos por primera vez y en interconsulta. En la misma forma, las autopsias correspondientes a pacientes dermatológicos se tabularon según número de ingreso a hospitalización, sexo, edad, tiempo de evolución, diagnóstico dermatológico y causa de la muerte anotada en la nota de defunción y los hallazgos de la necropsia. También se calculó la proporción de autopsias de enfermos dermatológicos en relación con las muertes ocurridas en el hospital, así como su proporción en los diferentes años estudiados.

Cuadro 1 Biopsias enviadas al Servicio de Patología

Años	Número total	Biopsias de piel
1963	2 385	280 (11.7%)
1964	4 949	710 (14.3%)
1965	4 975	587 (11.7%)
1966	5 098	728 (14.2%)
1967	5 312	868 (16.3%)
1968	5 460	939 (17.3%)
1969	6 017	961 (15.9%)
1970	5 705	942 (16.5%)
1971	6 327	1 037 (16.3%)
1972	6 141	757 (12.3%)
1973	1 400	247 (17.6%)
Total	53 769	8 065 (14.9%)

## Resultados

De las 53 769 biopsias el 14.9 por ciento (8 065 especímenes) correspondieron a piel (cuadro 1); no se observó una variación importante en el porcentaje durante los 10 años de revisión. De estas biopsias, el 78 por ciento correspondió al servicio de dermatología; el 16.5 a las clínicas periféricas y el 5.5 al servicio de cirugía reconstructiva (cuadro 2).

Cuadro 2 Biopsias de piel

	Número	%
Servicio de Dermatología, H.G., C.M.N.	6 291	78.0
Clínicas periféricas del I.M.S.S.	1 342	16.5
Cirugía reconstructiva, H.G., C.M.N.	432	5.5
Total	8 065	100

Del total de biopsias estudiadas el 45 por ciento fueron confirmativas; en el 22 las biopsias fueron compatibles; el 18.5 por ciento de las biopsias correspondieron al rubro de descriptivas y en un 8.8 por ciento las biopsias fueron clasificadas como rectificativas. El resto de las biopsias fueron catalogadas como piel sin alteraciones en el 2.9 por ciento; en el 1.7 el material fue recibido sin diagnóstico clínico, y sólo en el 0.7 por ciento la muestra resultó ser insuficiente o inadecuada (cuadro 3).

En cuanto a la distribución de los diagnósticos histopatológicos, siguiendo la clasificación de Lever,<sup>1</sup> se encontró que el mayor porcentaje correspondió al grupo de enfermedades inflamatorias no infecciosas así como a los tumores de origen epidérmico, ambos con un 22 por ciento y el grupo en el que menos biopsias se hicieron

Cuadro 3 Diagnóstico histológico en relación con el diagnóstico clínico

	Número	%
Diagnóstico confirmativo	3 674	45.4
Diagnóstico compatible	1 766	22.0
Diagnóstico descriptivo	1 495	18.5
Diagnóstico rectificativo	710	8.8
Piel sin alteraciones	234	2.9
Sin diagnóstico clínico	130	1.7
Material insuficiente o inadecuado	56	0.7
Total	8 065	100

fue el correspondiente a ectoparasitosis con un 0.9 por ciento (cuadro 4). De las 10 dermatosis biopsiadas más a menudo

Cuadro 4 Distribución de las dermatosis comprobadas por histopatología sobre 6 280 biopsias \*

	Número	%
Genodermatosis	128	2.0
Enfermedades vesiculosas y ampollas no infecciosas	858	13.8
Enfermedades inflamatorias no infecciosas	1 378	22.0
Erupción por drogas	130	2.0
Enfermedades degenerativas	49	0.8
Enfermedades bacterianas	398	6.3
Enfermedades producidas por virus	267	4.2
Enfermedades producidas por hongos	127	2.0
Enfermedades producidas por ectoparásitos	54	0.9
Enfermedades metabólicas y nutricionales	228	3.6
Enfermedades generalizadas de causa desconocida	317	5.0
Tumores de origen epidérmico	1 376	22.0
Tumores de origen mesodérmico	799	12.8
Nevos pigmentados y melanomas	68	1.0
Linfoma y mielosis	103	1.6
Total	6 280	100

\* Para esta tabulación fueron eliminadas las biopsias diagnosticadas bajo los rubros de: "Véase descripción, piel sin alteraciones histológicas y biopsias con material insuficiente o inadecuado".

Cuadro 5 Dermatosis más frecuentes

	Número	%
Carcinoma basocelular	337	5.3
Psoriasis	233	3.6
Queratosis seborreica	218	3.4
Neurodermatitis	203	3.2
Eccemas	178	2.8
Lipomas	153	2.4
Actinodermatitis	146	2.3
Quiste epidermoide de inclusión	135	2.1
Verruga vulgar	115	1.8
Queratosis senil	118	1.8

fue el epiteloma basocelular, la más frecuente (5.3 por ciento); le siguió la psoriasis (3.6); la queratosis seborreica (3.4); la neurodermatitis en sus formas localizada y generalizada (3.2); los diferentes tipos de eccema (2.8); la actinodermatitis siguió en frecuencia (2.3); los quistes epidérmicos de inclusión (2.1); la queratosis senil (1.8) y finalmente las verrugas vulgares (1.8 por ciento) (cuadro 5).

Otras dermatosis frecuentes fueron las dermatitis ocre, el acné, los fibromas laxos, las toxodermias medicamentosas, la lepra y los dermatofibromas (cuadro 6).

Cuadro 6 Otras dermatosis frecuentes

	Número	%
Dermatitis ocre	110	1.7
Acné	105	1.6
Fibroma laxo	99	1.5
Toxidermias medicamentosas	91	1.4
Lepra lepromatosa	91	1.4
Dermatofibroma	84	1.3

En lo que hace al porcentaje de biopsias efectuadas en relación con el número de pacientes estudiados de primera vez, lo que incluye pacientes enviados de otros servicios, el promedio fue de 58.9 por ciento, con variantes que oscilaron del 98.2 en 1965 a 41.5 por ciento en 1971. Estos porcentajes elevados sobre los cuales se insistirá adelante, se deben a la práctica de biopsias en padecimientos comunes por razones académicas de enseñanza (cuadro 7).

Cuadro 7 Servicio de Dermatología, Hospital General, Centro Médico Nacional

Año	Primera vez e interconsultas *	No. de biopsias
1963	263	200 (76.0%)
1964	652	619 (95.0%)
1965	509	500 (98.2%)
1966	415	400 (96.3%)
1967	754	719 (95.3%)
1968	881	400 (45.4%)
1969	1 048	721 (69.7%)
1970	1 817	781 (43.0%)
1971	2 229	927 (41.5%)
1972	1 965	834 (42.5%)
1973 †	235	190 (80.0%)
Total	10 668	6 291 (58.9%)

\* Un porcentaje elevado corresponde a estudios de interés académico y no diagnóstico.

† Hasta el 31 de marzo de 1973.

El número de autopsias de los diferentes servicios del hospital es variable y de éste un número reducido correspondió al servicio de dermatología, el cual varió de 5 a 0 en los diferentes años estudiados (cuadro 8). El porcentaje de autopsias obtenido para las defunciones en el servi-

Cuadro 8 Autopsias practicadas en patología

Año	No. total	Autopsias de dermatología
1963	280	2 (0.7%)
1964	441	1 (0.2%)
1965	381	5 (1.3%)
1966	468	3 (0.6%)
1967	493	4 (0.8%)
1968	482	3 (0.6%)
1969	489	1 (0.2%)
1970	449	4 (0.8%)
1971	514	0 —
1972	555	2 (0.3%)
1973	216	1 (0.4%)
Total	4 968	26 (0.5%)

cio de dermatología fue del 100 por ciento y la tasa de mortalidad de los pacientes hospitalizados varió del 5.2 al 0 por ciento.

De estas defunciones, 15 pacientes eran del sexo femenino y 11 del masculino, las edades oscilaron entre 19 y 69 años y los padecimientos dermatológicos se repartieron de la siguiente manera en orden de frecuencia: ocho casos de necrosis epidérmica tóxica (Brocq-Lyell); cinco casos de pénfigo vulgar; tres casos de fagedenismo geométrico de Brocq y Clément-Simon (pioderma gangrenosa); dos casos de eritema polimorfo mayor; dos casos de lepra lepromatosa nodular en reacción; dos casos de toxidermia medicamentosa; un caso de pénfigo foliáceo; un caso de dermatitis polimorfa y dolorosa de Dühring-Brocq asociada a lupus eritematoso sistémico; un caso de micosis fungoide y un caso de tuberculosis linfo-hematogéna. El tiempo de evolución fue variable. Un paciente con síndrome de Brocq-

Lyell murió a los dos días siguientes por síndrome de coagulación intravascular diseminada y uno de los pacientes con lepra lepromatosa a los 27 años de iniciado su padecimiento por insuficiencia renal por amiloidosis (cuadro 9).

La causa anatómica de la muerte no pudo ser determinada en 9 casos y el resto fue variable en relación con el padecimiento de base y las complicaciones observadas tales como: coagulación intravascular, septicemia, desequilibrio hidroelectrolítico, insuficiencia cardíaca, infecciones bacterianas, insuficiencia renal, y otras.

## Discusión

Como se indicó anteriormente, el estudio histológico de las dermatosis puede ser motivado por dudas diagnósticas o para comprobar una impresión clínica. En los centros de enseñanza de la dermatología se practica a pesar de que se tenga un diagnóstico clínico preciso, por razones académicas, para obtener material de enseñanza y permitir a los alumnos la confrontación clínico-patológica del mayor número posible de casos.<sup>2</sup>

El número de estudios hechos en el servicio de dermatología en relación con el total de biopsias traduce esta situación, que es diferente a la obtenida en las clínicas periféricas en las cuales, por lo general, las biopsias son tomadas con fines diagnósticos y por lo tanto son proporcionalmente menos numerosas. En ocasiones el diagnóstico del dermatopatólogo sólo es compatible con el diagnóstico clínico, pues existen muchas dermatosis cuya histología no es específica o bien es compartida por varios padecimientos, como en el caso del eritema polimorfo, las toxi-

Cuadro 9 Estudios de necropsia

Edad y sexo	Diagnóstico dermatológico	Tiempo de evolución	Causa de la defunción	Causa anatómica de la muerte
F-28	Lyell	3 días	Coagulación intravascular	Trombosis cerebral múltiple
M-57	Lepra lepromatosa	20 años	Insuficiencia hepática	No determinada anatómicamente
F-44	Eritema polimorfo	20 días	Tromboembolias pulmonares	Tromboembolias pulmonares múltiples
F-62	Pénfigo vulgar	2 años	Bronconeumonía	Bronconeumonía de focos múltiples
M-24	Lyell	5 días	Septicemia	Septicemia por <i>Staphylococcus aureus</i> y <i>Pseudomonas aeruginosa</i>
F-31	Lyell	5 días	Bronconeumonía, desequilibrio electrolítico	Bronconeumonía bilateral
M-25	Lyell	13 días	—	No determinada anatómicamente
M-31	Pénfigo foliáceo	4 meses	Necrosis tubular aguda, toxi-infección	Necrosis tubular aguda
F-49	Pénfigo vulgar	2 meses	Insuficiencia cardíaca	Bronconeumonía y edema cerebral
F-19	Fagedenismo geométrico	2 años	Cirrosis hepática post-necrótica	Cirrosis hepática
F-36	Lyell	8 días	Toxi-infección	Edema pulmonar hemorrágico
M-33	Lyell	12 días	Leucemia aguda	No determinada anatómicamente
F-56	Lyell	Se ignora	Coagulación intravascular	No determinada anatómicamente
F-24	Pénfigo vulgar	2 años	Septicemia	Bronconeumonía bilateral
F-65	Pénfigo vulgar	3 meses	Prob. infarto del miocardio	No determinada anatómicamente
M-32	Eritema polimorfo	—	Insuficiencia renal	Vasculitis generalizada
F-69	Toxidermia ampollosa	15 días	Insuficiencia hepática, bronconeumonía	Bronconeumonía bilateral
F-39	Lyell	2 días	Coagulación intravascular, edema agudo pulmonar	Bronconeumonía bilateral
M-26	Pénfigo vulgar	5 años	Desequilibrio electrolítico, insuficiencia cardíaca	No determinada anatómicamente
F-51	Fagedenismo geométrico	9 meses	Choque séptico, cetoacidosis diabética	Tuberculosis linfo-hematógena
M-33	Eritrodermia medicamentosa	2 meses	Choque séptico	No determinada anatómicamente
M-63	Hansen lepromatosa	27 años	Insuf. renal por amiloidosis, neumonía de focos múltiples	No determinada anatómicamente
M-36	Micosis fungoide	2 años	Acidosis metabólica	Infiltración neoplásica masiva del miocardio
F-54	Dermatitis herpetiforme de Dühring-Brocq L.E.S.	Un mes	Bronconeumonía, acidosis metabólica	Bronconeumonía de focos múltiples
F-62	Nocardiosis Pb. tuberculosis	6 años	Hemorragia sub-aracnoidea, alcalosis metabólica	Tuberculosis linfo-hematógena
M-52	Fagedenismo geométrico	2 años	Insuficiencia renal	No determinada anatómicamente

dermias ampollosas y la ectodermosis erosiva pluriorificial.

La distribución de las dermatosis en nuestro servicio, por constituir un centro de concentración, adquiere características especiales y desde luego la frecuencia de dermatosis indicada en este trabajo está sujeta a condiciones especiales; algunas, como el acné y la dermatitis ocre tan frecuentemente biopsiadas, lo son debido a que formaron parte de protocolos de investigación especiales. Fuera de éstas, traduce el interés académico por entender las variantes de las dermatosis frecuentes y, como es de esperarse en un número elevado, para confirmar un diagnóstico. La tabla de frecuencia de diagnósticos histológicos no está de acuerdo con la frecuencia general de las dermatosis estudiadas en el servicio, que no difiere más que en algunos puntos de los indicados por varios autores. Los índices elevados en algunos renglones, se explican por la existencia de clínicas especiales, como la de genodermatosis, que hacen que se estudien una gran cantidad de estos casos.

Aunque el índice de mortalidad es bajo, se ha logrado obtener el 100 por ciento de estudios necrópsicos, mismos que en ocasiones y debido a revisiones posteriores<sup>3, 4</sup> han llegado a cambiar la impresión del patólogo, que había dejado pasar algunos datos especiales, tal como sucedió en la revisión retroactiva de la presencia de coagulación intravascular diseminada en el material de autopsia de los pacientes muertos por necrosis epidérmica tóxica descubierta clínicamente. De todas formas, la revisión del material de autopsia de pacientes dermatológicos es escasa, si bien existen algunas muy brillantes, como

la de Levan y Sternberg<sup>5</sup> y la de Degos.<sup>6</sup> En gran cantidad de casos la causa de la muerte no está relacionada con la dermatosis como cuando se presentan complicaciones de diabetes mellitus, etc. Otros pacientes mueren en otros servicios de un padecimiento sistémico y, lo que es muy importante, en algunos síndromes dermatológicos de gran importancia clínica, como sucede en el pénfigo y la piodermia gangrenosa, los datos obtenidos en la autopsia son muy escasos en relación con la dermatosis.

La relación de equipo y con una misma persona que interprete el material de biopsias y autopsias es lo ideal, ya que da origen a una continuidad de diálogo clínico-patológico, así como a un intercambio muy productivo en el transcurso de los años que conduce a la unificación de criterios y a cambios de interpretación tanto clínicos como histopatológicos, con la confrontación frecuente de casos similares o diferentes durante varios años.

#### REFERENCIAS

1. Lever, W. F.: *Histopatología de la piel*. Editorial Científico-Médica. Barcelona, 1964, pp. IX-XVII y 560.
2. Civatte, J.: *Histopathologie cutanée*. Ed. Flammarion, París, 1967, pp. 5-21.
3. Mactotela-Ruiz, E.; Jiménez-Castilla, J. L. y Jurado-Mendoza, J.: *El síndrome de Brocq-Lyell (toxic epidermal necrolysis)*. Prensa Méd. Mex. 29:195, 1964.
4. Pizzuto, J. y Macotela-Ruiz, E.: *Síndrome de hipercoagulabilidad en la necrólisis epidérmica tóxica*. Medicina Cutánea. 1:607, 1970.
5. Levan, P. y Sternberg, T.: *Causa de muerte en 120 pacientes dermatológicos*. Arch. Dermat. 59:101, 1949.
6. Degos, R.; Civatte, J.; Touraine, R.; Ossipowski, B. y González-Mendoza, A.: *Confrontation anatomo-clinique de 139 hémorrhéculopathies malignes cutanées*. Ann. Dermat. Syph. 92:121, 1965.

## LA LAPARATOMIA EXPLORADORA Y LA BUENA CLINICA EN 1904

Peán, el ilustre reformador de la Técnica quirúrgica, cuya labor ginecológica de primer orden en su tiempo, es perfectamente conocida, patrocinó la laparatomía exploradora y ésta estuvo muy en boga hace cinco años para ilustrar y responder a las necesidades de la Clínica, pero hoy sus límites se han restringido y esta operación no subsiste ya en la condición con que se concibió. Con efecto, bien lejos estamos ya de la época en que era un recurso preciso abrir el vientre para formar el diagnóstico y por ende normal el tratamiento. Hoy, con el perfeccionamiento en los métodos de exploración, con la habilidad que su práctica proporciona y además con el avance prodigioso de la técnica, podemos decir que no existe padecimiento ligado al aparato sexual femenino que no pueda ser tratado debidamente en todos los casos y completamente en la inmensa mayoría; siendo, los pocos fracasos que se registran, atribuibles, en buena parte y casi la totalidad, a la decidia (sic) y abandono de las enfermas que dejan avanzar sus lesiones a un grado que es físicamente imposible tratar radicalmente. (Prieto, Ignacio: *La laparotomía exploradora*. GAC. MÉD. MÉX. Tomo V, segunda serie, pág. 27-30, 1905.)