VI. La piel: Espejo de las enfermedades colágeno-vasculares

Fermín Jurado-Santa Cruz*

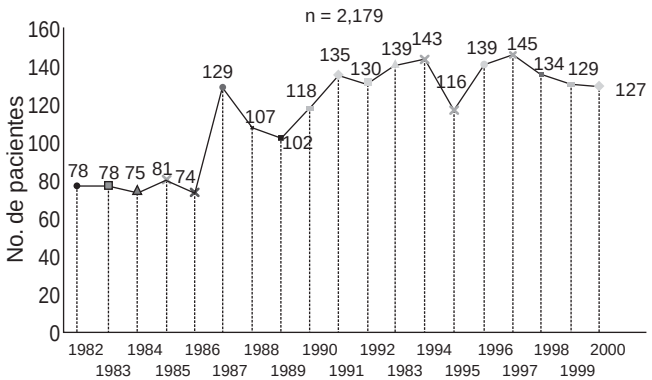
Introducción

Durante mucho tiempo se había pensado que la piel era un órgano estático, cuya función principal era actuar como una barrera mecánica para preservar la integridad, proteger de las agresiones externas y que aparentemente no tenía una relación funcional con otros órganos, aseveración en parte cierta; sin embargo, muy alejada de la realidad.[1]

Actualmente se ha podido demostrar la capacidad de interacción de la piel con otros órganos y su función dinámica, sobre todo en el campo de la inmunología, donde debe ser considerada una barrera estática ha pasado a ser un órgano con funciones inmunológicas propias.[2]

Por otra parte, esa característica de dinámica funcional ha permitido entender cómo la afección de órganos internos repercute en la integridad y fisiología de la piel. Tomando a ésta como un órgano de choque primario o secundario de enfermedades sistémicas de diversa índole, dentro de las cuales se encuentran las denominadas enfermedades colágeno-vasculares (patologías de origen autoinmune), que hacen evidente: 1) el papel que juega la piel en la homeostasis inmunológica y 2) que al perderse dicha inmunorregulación, se expresan en forma multiorgánica; de manera que las manifestaciones cutáneas son una característica de dichas enfermedades.[3-5]

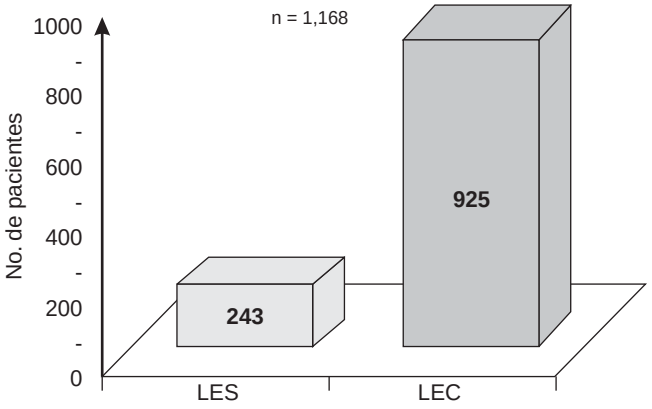
En el Centro Dermatológico Pascua (CDP) existe desde 1982 la Clínica de Enfermedades Colágeno-Vasculares (ECV), nace como una necesidad de brindar atención integral y especializada a los pacientes con



Fuente: Clínica de Enfermedades Colágeno-Vasculares, CDP 1982-2000

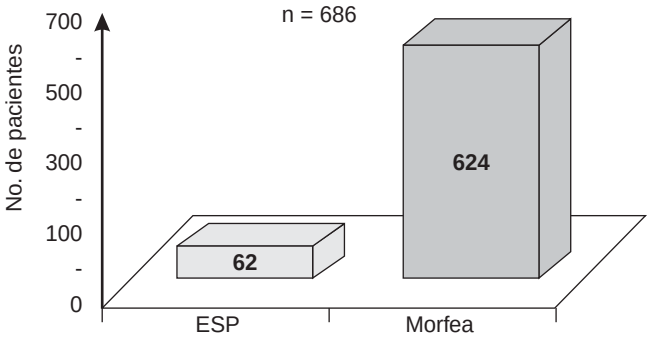
Figura 1. Frecuencia de pacientes con ECV 1982 - 2000.

* *Jefe de Enseñanza del Centro Dermatológico Pascua. Jefe de la Clínica de Enfermedades Colágeno-Vasculares. Profesor Adjunto del Curso de Postgrado en Dermatología, UNAM.*



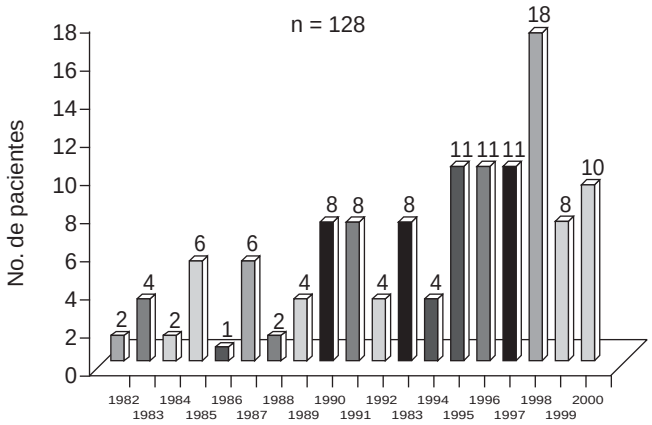
Fuente: Clínica de Enfermedades Colágeno-Vasculares, CDP

Figura 2. Lupus eritematoso 1982-2000.



Fuente: Clínica de Enfermedades Colágeno-Vasculares, CDP

Figura 3. Esclerodermia 1982 - 2000.

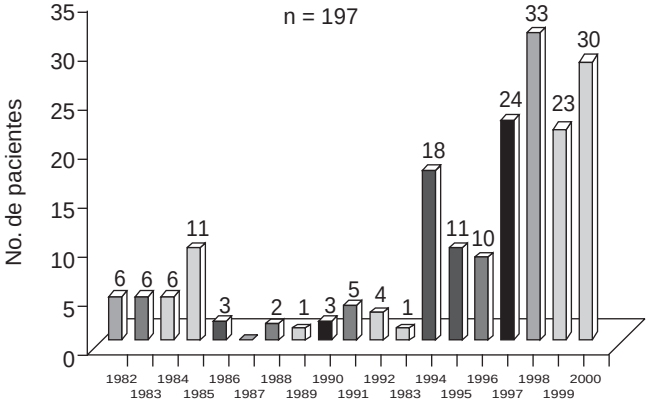


Fuente: Clínica de Enfermedades Colágeno-Vasculares, CDP 1982-2000

Figura 4. Dermatomiositis 1982-2000.

estas enfermedades, desde entonces y hasta diciembre del 2000, se tienen 2,179 pacientes registrados, con una prevalencia de 1.14/1000, (Figura 1). Dichas enfermedades se han clasificado de acuerdo a la frecuencia en 4 grupos, (Cuadro I).

El lupus eritematoso constituye la patología más frecuente de las ECV con 1,168 pacientes, que equivalen al 53.6 % del total, de esta población 925 corresponden a las formas cutáneas (LEC), de las cuales la variedad discoide es la predominante, con mayor afectación de las mujeres en una proporción de 4:1, lo relevante de este grupo, es la presentación en menores de 18 años, 104 (4.7%) pacientes, aunque el grupo de edad más afectado es entre los 20 y 30 años de edad (95.3%).



Fuente: Clínica de Enfermedades Colágeno-Vasculares, CDP 1982-2000

Figura 5. Otras 1982-2000.

Cuadro I. Frecuencia de enfermedades colágeno vasculares en el CDP

Enfermedad	No. de casos	%
Lupus Eritematoso	1,168	53.6
Esclerodermia	686	31.48
Dermatomiositis	128	5.8
Otras	197	9.1
Total	2,179	100

En cuanto al lupus eritematoso sistémico (LES), se tienen 243 pacientes clasificados con este diagnóstico, de acuerdo con los criterios de la ARA[6] (Figura 2). Se ha observado un predominio en el sexo femenino con relación al masculino de 13:1, en el grupo de edad de 20 - 30 años, las lesiones discoides junto con el eritema malar, fueron las manifestaciones cutáneas más frecuentes.

El segundo lugar de las ECV, lo ocupó la esclerodermia, con 686 pacientes, que corresponden al 31.4% del total, de éstos, 624 presentaron las formas cutáneas, con predominio de la morfea, su frecuencia fue mayor entre los 5 y 15 años de edad, afectó a la mujer 3 veces más que al hombre.

El resto de los enfermos de este grupo, se diagnosticaron como esclerosis sistémica progresiva con base en los criterios emitidos por la ARA, fueron 62 pacientes, entre 30 y 40 años de edad, también con predominio en las mujeres 4:1 en relación a los hombres (Figura 3).

El tercer lugar en frecuencia fue ocupado por 128 casos con dermatomiositis,(5.8%) (Figura 4). Fueron

clasificados con base en los criterios de Bohan y Peters;[7] se presentaron diferencias entre los grupos de edad, ya que en el de 40 a 60 años predominó en las mujeres en una proporción de 6:1 en comparación con los hombres, en cambio entre los 2 y 16 años, la relación fue 2:1.

Documentamos 5 casos de dermatomiositis amiopática, predominantemente en menores de 18 años, no se encontraron diferencias entre hombres y mujeres.

Los 197 pacientes restantes presentaron otras ECV, como el síndrome de Sjögren, la enfermedad de Raynaud y la enfermedad mixta del tejido conjuntivo (Figura 5).

Conclusiones

Los datos epidemiológicos nos permiten observar un comportamiento de las ECV en la población atendida en el Centro Dermatológico Pascua similar a lo reportado en la literatura internacional, además confirman a la piel como un órgano de choque cuyas manifestaciones ofrecen la oportunidad de realizar un diagnóstico oportuno, para modificar un pronóstico muchas veces fatal. Esto reafirma el papel del dermatólogo el cual debe, en colaboración con otros especialistas, intervenir en la atención integral de estos enfermos. Lo anterior fundamenta el carácter integrador de la medicina actual.

Referencias

1. **Bibier T, Wollenberg A.** Skin as an immunocompetent organ in health and disease. In strategies for immunointerventions in dermatology, New York, Springer; 1997:21-28.
2. **Bos JD, Kapsenberg ML.** The skin immune system: progress in cutaneous biology. Immunol Today 1993;14: 75-78.
3. **Sontheimer RD.** The lexicon of Cutaneous Lupus Erythematosus: A review and personal perspective on the nomenclature and classification of the cutaneous manifestations of Lupus Erythematosus. Lupus 1997;6:84-95.
4. **Jurado F, Ortíz S.** Manifestaciones cutáneas del Lupus Eritematoso Sistémico: Experiencia de 8 años en el Centro Dermatológico Pascua. Rev C Dermatol Pascua 1992;3:92-95.
5. **Sontheimer RD.** Skin manifestations of rheumatologic diseases. In: Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine, New York, McGraw HiII; 1999:1993-2023.
6. **Hochberg MC.** Updating American College of Rheumatology revised criteria for the classification of systemic lupus erytematosus. Arthritic Rheum 1997;40:1725.
7. **Bohan A, Peter JB.** Polymyositis and dermatomyositis. N Engl J Med 1975;292:344-347.