



ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA DE MÉXICO, A.C.

CUERPO CONSULTIVO DEL GOBIERNO FEDERAL

Presidente

Dr. Germán E. Fajardo Dolci

Vicepresidente

Dr. Raúl Carrillo Esper

Secretaria General

Dra. Mayela de Jesús Rodríguez Violante

Tesorera

Dra. Ana Carolina Sepúlveda Vildósola

Secretario Adjunto

Dr. Enrique Octavio Graue Hernández

Simposio

Dermatología hospitalaria

Siendo las 17:00 horas del día 15 de noviembre de 2023 se da por iniciada la Sesión correspondiente en las instalaciones de la Academia Nacional de Medicina.

En el Presidium: Presidente Dr. Germán Fajardo Dolci; Tesorera Dra. Ana Carolina Sepúlveda Vildósola; Secretario Adjunto Dr. Enrique O. Graue Hernández.

Coordina la Sesión: Dra. Judith Domínguez Cherit

El Dr. Fajardo Dolci dá la bienvenida a los asistentes y la palabra a la Dra. Domínguez Cherit quien presenta los temas a tratar y a las ponentes y su trayectoria profesional.

La primera ponencia Enfermedades cutáneas pediátricas que ponen en riesgo la vida estará a cargo de la Dra. Carola Durán Mckister. Las enfermedades cutáneas pediátricas que ponen en riesgo la vida pueden ser congénitas, genéticamente determinadas, adquiridas, en pacientes previamente sanos o inmunocomprometidos y benignas o malignas. Pueden ser: 1. Genodermatosis como la epidermólisis ampollosa y el feto arlequín, bebé colodión; 2. Infecciosas como síndrome de choque tóxico, fascitis necrosante o púrpura fulminante; 3 Farmacológicas como síndrome de Stevens-Johnson y síndrome de Lyell/NET; 4. Vasculares como enfermedad de Kawasaki, Síndrome de Kasabach-Meritt y malformaciones linfáticas.

La Epidermólisis ampollosa puede ser simple, de unión o distrófica. La más severa es la epidermólisis bullosa de Herlitz que se presenta desde el nacimiento como ampollas muco-cutáneas flácidas, también se presenta en uñas y dientes. Hay infecciones y desnutrición y la sobrevida es menor a 2 años. Los niños se deben de manejar con una técnica de aislamiento y estéril, colocarlos en una cuna térmica, porque pierden calor, líquido y electrolitos y cubrirlos con apósitos estériles y alimentarlos por sonda. Por el contrario el bebé colodión tiene un exceso de piel y estos niños nacen imposibilitados para tener movimientos respiratorios normales, lo mismo para succionar por que la piel es demasiado rígida. Necesitan estar en una incubadora con a humedad para suavizar la piel; se alimentan por sonda. No es conveniente desprender las escamas pues se pueden infectar y hay que lubricar piel y ojos.

En cuanto a los procesos infecciosos tenemos el Síndrome de choque tóxico que es una enfermedad aguda multisistémica y muy. El paciente presenta un cuadro infeccioso con cefalea, fiebre, mialgias, náusea, vómito, presenta confusión, letargia e hipotensión, lengua en fresa llegando hasta el estado de choque en 8 -12 horas con falla renal, hepática, encefalopatía, coagulación intramuscular. Se debe manejar en terapia intensiva, con antibióticos, manejo de estado de choque y el uso de gammaglobulina intravenosa como coadyuvante. La fascitis necrosante también es muy grave y de progresión muy rápida, afecta la fascia y al tejido celular subcutáneo, con frecuencia se presenta después de procedimientos quirúrgicos o de lesiones cutáneo-traumáticas. Se presenta en extremidades o en periné y tiene ampollas hemorrágicas con necrosis y edema indurado y doloroso. El tratamiento es el desbridamiento de los tejidos necróticos y su mortalidad es hasta del 35%. La púrpura fulminante por déficit congénito de proteínas C y S el tratamiento es a base de antibióticos, desbridamiento y fasciotomías, heparina, plasmaféresis y anti-TNF. El Síndrome de Stevens-Johnson es una enfermedad mucocutánea aguda asociada a medicamentos o agentes infecciosos. En la enfermedad de Kawasaki hasta el 25 % de niños no tratados presenta aneurismas cardiacos La gammaglobulina ha sido muy importante en el cambio del pronóstico de estos pacientes . Finalmente las anomalías vasculares: hemangiomas en cara y cuello que pueden comprimir la vía aérea. Los hemangiomas también pueden estar en hígado y si hay coagulopatía por consumo esto puede provocar la muerte. Es una urgencia que se tiene que manejar en Terapia Intensiva. Por último, las malformaciones linfáticas, macroquísticas que estén en cuello o tórax también pueden generar un compromiso respiratorio que puede ser muy grave.

A continuación, la Dra. Silvia Méndez Flores con el tema Enfermedades cutáneas en adultos que ponen en riesgo la vida. Son patologías en las que un diagnóstico y tratamiento oportuno hacen la diferencia. Son



ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA DE MÉXICO, A.C.

CUERPO CONSULTIVO DEL GOBIERNO FEDERAL

Presidente

Dr. Germán E. Fajardo Dolci

Secretaria General

Dra. Mayela de Jesús Rodríguez Violante

Vicepresidente

Dr. Raúl Carrillo Esper

Secretario Adjunto

Dr. Enrique Octavio Graue Hernández

Tesorera

Dra. Ana Carolina Sepúlveda Vildósola

enfermedades raras y representan el 0.5% de las admisiones a cuidados críticos por año. La responsabilidad del médico es identificar una situación crítica, estabilizar al paciente, optar por una intervención y/o concertar una derivación oportuna y adecuada. La insuficiencia cutánea se define como una disfunción total de la piel y se considera una consecuencia de trastornos dermatológicos primarios. A menudo se complica con sepsis y con disfunción orgánica adicional, que es la causa más común de muerte en estos pacientes. Independientemente de la etiología, cualquier paciente con pérdida epidérmica superior al 10% de su superficie corporal debe ser remitido a un centro especializado en quemados ya que el defecto cutáneo y por tanto su tratamiento es análogo a una quemadura. Solo el 25% de las reacciones cutáneas adversas son graves. El Síndrome de Stevens-Johnson / Necrosis Epidérmica Tóxica y DRESS inicia con un cuadro prodromático que dura de 1 a 3 días, fiebre, síntomas tipo influenza, seguido de síntomas mucocutáneos y que se acompaña de exantema. La u reacción a fármacos con eosinofilia que tiene una alta mortalidad y síntomas sistémicos como fiebre, linfadenopatías, anormalidades hematológicas, compromiso sistémico y que componen un cuadro de farmacodermia grave. Sin embargo, en un 20% de los casos no es identificable la etiología. Lo que se debe de buscar en el exantema como banderas rojas es el edema facial, un exantema mayor al 50 % de la superficie corporal total, pústulas, ampollas y acentuación folicular. También la fiebre puede estar precedida y síntomas como disfgia entes del exantema.

Las enfermedades ampollas autoinmunes son el prototipo de las enfermedades mediadas por autoanticuerpos. La característica distintiva es la ruptura de la barrera cutánea. Se presentan como erosiones o pérdida del epitelio. La que ponen más en riesgo la vida son el pénfigo vulgar y el pénfigo paraneoplásico. El primero tiene una mortalidad de hasta el 50% si no se atiende en dos años y del 100% a los 5 años. La enfermedad tiene un curso crónico y recurrente. En el pénfigo para-neoplásico hay estomatitis grave, es un síndrome multiorgánico, la tasa de mortalidad es del 75-90%. En cuanto a las enfermedades infecciosas esta la fascitis necrosante con una tasa de mortalidad del 20 al 40%. Una intervención rápida reduce la tasa de mortalidad. El tratamiento consiste exploración quirúrgica temprana y agresiva; desbridamiento del tejido necrótico junto con terapia antibiótica de amplio espectro y apoyo hemodinámico. Las infecciones virales en adultos se presentan con una erupción cutánea autolimitada, sólo en casos muy raros puede haber daños irreversibles y muerte

En cuanto a las vasculares, la púrpura retiforme puede ser inflamatoria y no inflamatoria. Hay púrpuras infecciosas cuyo avance es muy rápido hacia necrosis central. La mucormicosis que es una infección que se asocia a necrosis cutánea cuya mortalidad oscila entre 60 a 70%. La púrpura fulminans presenta coagulación de la microvasculatura y necrosis, comienza con eritema y áreas irregulares de necrosis hemorrágica de color azul-negro. En conclusión, somos responsables del diagnóstico inicial y de identificar una situación crítica, estabilizar al paciente, gestionar una derivación oportuna y adecuada y/o elegir una intervención urgente y apropiada.

El siguiente tema Úlceras de enfermedades autoinmunes por la Dra. Judith Domínguez Cherit. Las úlceras autoinmunes tienen muy diferentes causas, son dolorosas, con necrosis, bordes lívidos y eritematoso-violáceos con cicatrización difícil. Es importante distinguir las causas para el abordaje clínico. Vasculitis el 5 % presenta un proceso destructivo e inflamatorio, pero también se sabe que las úlceras crónicas son un problema de salud pública. Una úlcera bien tratada, en 6 días debe empezar a evolucionar a la cicatrización y cuando esto no sucede habrá que pensar en una úlcera autoinmune. La localización más frecuente es en piernas, muslos o glúteos. La vasculitis cutánea puede ser parte de una vasculitis sistémica o de un solo órgano y esto puede estar asociado a procesos infecciosos, a fármacos, enfermedades neoplásicas o tiroideas. Es importante saber que en la mitad de los casos no se identifica la causa.

Para hacer un buen diagnóstico hay que integrarlo con la clínica dermatológica, la clínica sistémica y la correlación clínico patológica. También ayuda mucho saber la evolución de los pacientes. Cuando hay oclusión del vaso se provoca isquemia, necrosis y lesiones cartográficas de color morado púrpuro y que evolucionan hasta ser de color negro, la necrosis va avanzando de tal manera que ocluye completamente el vaso. Generalmente se da en los miembros inferiores, pero también puede darse en el tronco y miembros superiores. Se afectan vasos de pequeño y mediano calibre. Finalmente, las úlceras digitales que son intensamente



ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA DE MÉXICO, A.C.

CUERPO CONSULTIVO DEL GOBIERNO FEDERAL

Presidente

Dr. Germán E. Fajardo Dolci

Secretaria General

Dra. Mayela de Jesús Rodríguez Violante

Vicepresidente

Dr. Raúl Carrillo Esper

Secretario Adjunto

Dr. Enrique Octavio Graue Hernández

Tesorera

Dra. Ana Carolina Sepúlveda Vildósola

dolorosa e impiden la habilidad manual. Estas lesiones se asocian a lupus eritematoso o a esclerodermia sistémica y suelen acompañarse de enfermedad pulmonar. Es necesario un equipo multidisciplinario para su diagnóstico y tratamiento.

Por último, la presentación de la Dra. Michelle Gatica Torres. Correlación clínico-patológica de las enfermedades cutáneas graves. Siempre que los dermatólogos se enfrentan a una enfermedad grave inician con una sospecha clínica y después estudios. La identificación de patrones es importante y de esto depende que se tenga una adecuada correlación clínico patológica. Algunos patrones inflamatorios son : Interfaz vacuolar, vasculitis, vasculitis oclusiva; ampollas intra-epidérmicas, ampollas subepidérmicas; nodular; perivascular superficial y profundo; fibrosante; paniculitis; foliculitis y alopecia. Se presentan casos con correlación clínica patológica y concluye resaltando la importancia de la comunicación entre el clínico y el patólogo.

Una vez hechas las presentaciones se procedió a la Sesión de Preguntas y Comentarios