

ACTUALIZACION DE TEMAS

## *Indicadores cutáneos para el diagnóstico de enfermedades internas*

Por el Dr.: ADOLFO GARCÍA MIRANDA\*

García Miranda, A. *Indicadores cutáneos para el diagnóstico de enfermedades internas*. Rev Cub Ped 46: 6, 1974.

Se define el indicador cutáneo, como un signo de sufrimiento interno, aun no manifiesto clínicamente y que por su visibilidad en la piel, hace que estos enfermos acudan al dermatólogo, quien tiene que estar preparado para hacer el diagnóstico precoz del proceso patológico interno. Insistimos en que el dermatólogo moderno necesita tener conocimientos profundos de medicina interna. Revisamos un grupo numeroso de afecciones interna de muy diversa naturaleza, que presentan manifestaciones cutáneas, que pueden preceder, coincidir o seguir el curso clínico del proceso patológico.

Las lesiones elementales de la piel hasta el presente, mantienen su valor semiológico y de diagnóstico de las afecciones cutáneas, a pesar de los grandes avances que se han obtenido en los campos de la histopatología, bioquímica, inmunopatología y en los estudios ultraestructurales y experimentales. Son precisamente las combinaciones y características de estas eflorescencias cutáneas, las que el dermatólogo descifra y valora para hacer sus diagnósticos.<sup>1</sup>

La dermatología moderna requiere ante todo, tener conocimientos sólidos de medicina interna, debido a que numerosas afecciones cutáneas tienen también manifestaciones importantes en otras partes del cuerpo, y además, la piel puede presentarse como una pantalla donde suelen reflejarse alteraciones patológicas internas, muy va-

riables, viscerales, hematógenas, endocrinas, carenciales, dismetabólicas, sistémicas y oncológicas.<sup>1,2,3,4,5</sup>

El indicador cutáneo señala un sufrimiento interno, todavía no manifiesto desde el punto de vista clínico y que gracias a su visibilidad directa del signo cutáneo, hace que el paciente acuda en primer lugar al dermatólogo, quien debe estar preparado para poder hacer un diagnóstico precoz y poder indicar el tratamiento adecuado que requiera el caso. El indicador cutáneo puede ser cierto y podemos decir que es específico o bien puede ser probable o no específico.<sup>6</sup>

Desde el punto de vista clínico y de pronóstico, los indicadores cutáneos pueden ser menores o mayores, y pueden preceder, coincidir o seguir al diagnóstico clínico del proceso.

El prurito puede ser localizado, generalizado, intermitente, migratorio, constante, ligero o intenso. Puede no acompa-

\* Jefe del servicio de dermatología del hospital pediátrico docente "William Soler", Habana, Cuba.

ñarse de alteraciones demostrables de la piel excepto lesiones de rascado o bien puede estar asociado a lesiones nodulares, erupciones liquenoides, eczematosas o ampollas. Suele ser rebelde a las medidas sintomáticas usuales; en ocasiones sólo se alivia tratando con éxito la enfermedad maligna fundamental. Es más frecuente acompañando a linfomas; especialmente la Enfermedad de Hodgkin.

El color de la piel puede ser un indicador cutáneo, puede haber la palidez de la anemia o raramente el eritema y la cianosis de la policitemia. El color pardo oscuro puede resultar de melanosis difusa. Puede localizarse en zonas expuestas o ser generalizado. La melanosis puede observarse en la insuficiencia suprarrenal, linfomas, carcinomas del pulmón, sprue, hemocromatosis, cirrosis biliar xantomatosa, hipertiroidismo, porfiria cutánea tarda y en ciertos casos de melanomas metastásicos donde la piel puede volverse intensamente parda o negra.

La queratinización alterada puede producir un cuadro muy parecido a la ictiosis con hiperqueratosis palmo-plantar, alopecia y diversos grados de atrofia cutánea. Esta ictiosis adquirida puede observarse en la Enfermedad de Hodgkin.<sup>5</sup>

Las formas crónicas de eritema polimorfo caracterizado por las formaciones anulares o circinadas persistentes o migratorias son sospechosas de carcinoma interno o de linfomas.

El eritema nudoso que se localiza en los miembros inferiores, principalmente se observa en la tuberculosis pulmonar, lepra, micosis profunda y otras infecciones virales y bacterianas.

La urticaria al frío, la cianosis acral o la gangrena puede observarse en los linfomas o mielomas y acompañando a la crioglobulinemia y a la macroglobulinemia.

La alopecia mucinosa se caracteriza por la presencia de placas constituidas por pápulas foliculares agrupadas que se localizan en el cuero cabelludo, nuca, cejas o en la cara. La alopecia es debida a la infiltración y degeneración mucinosa del folículo piloso. En personas de edad, estas lesiones pueden considerarse como indicadores de manifestaciones precoces de una micosis fungoide o un linfoma.<sup>5</sup>

Erupciones vesiculosas y ampollas parecidas al Dühring, penfigoide o al pénfigo se han observado en casos de carcinoma interno, principalmente en el carcinoma pulmonar y de la próstata.<sup>6</sup>

Las dermatitis eczematosas generalizadas o localizadas, sobre todo aquellas que son rebeldes a la terapéutica habitual pueden indicar un proceso maligno interno.

Las dermatitis eczematosas generalizadas acompañadas de alopecia, caída de las uñas, trastornos de la regulación de la temperatura y presencia de adenopatías, casi siempre son debidas a linfomas.

La biopsia cutánea puede poner de manifiesto las alteraciones celulares del linfoma.

El herpes zoster sencillo o el violento con vesículas aberrantes puede preceder o acompañar a linfosarcomas, Enfermedad de Hodgkin, leucemia linfoide y mielodisplasia, mieloma múltiple, leucemia aguda en niños, tumor de Wilms, neuroblastoma, sarcoma de Ewing y carcinoma de la mama.

La púrpura puede indicar vasculitis, trombocitopenia, hipoprotrombinemia o hipofibrinogenemia o el síndrome de coagulación intravascular.

La tromboflebitis superficial migratoria que puede afectar las extremidades o el tronco y que no responde a la terapéutica anticoagulante puede depender de

un carcinoma del estómago, páncreas, pulmón, ovario, o de la mama.

La *dermatomiositis* en personas de más de 40 años muchas veces precede a un carcinoma interno.

La *acantosis nigricans* se caracteriza por una hiperpigmentación de la piel con engrosamiento de la epidermis y donde las líneas normales de la piel se hacen más manifiestas y se localizan en el cuello, nuca, axilas, regiones inguinales y genitales. Puede presentar dos formas clínicas: la benigna o juvenil que puede guardar relación con anomalías del desarrollo, endocrinas o metabólicas y la maligna o del adulto que casi siempre está asociada a un cáncer interno.

La *amiloidosis primaria* se caracteriza por depósitos de una sustancia con gran afinidad por el rojo congo y con definidas aptencias histoquímicas. Los síntomas cutáneos son: petequias de diversos tamaños, pápulas, nódulos, infiltrados subcutáneos en muslos y regiones glúteas y grandes placas esclerodermiformes en toda la cara y cuello; además se aprecia una macroglosia, que es uno de los síntomas más característico. El 10% de los casos están asociados al mieloma múltiple.

La *Enfermedad de Bowen* se caracteriza por una o más placas circunscritas, costrosas, eritematosas y escamosas que pueden parecerse a la psoriasis o a un eczema. La histopatología muestra que hay un epiteloma intraepidérmico. Se conoce hoy su frecuente asociación con otros tumores malignos (pulmonares, del tubo digestivo, del tracto genitourinario, cutáneos o del sistema reticuloendotelial). Estos tumores malignos se presentan de 6 a 10 años después de haberse presentado la Enfermedad de Bowen. Por este motivo estos pacientes, una vez tratados por electrocoagulación o exéresis, tienen que ser sometidos a una revisión anual completa.<sup>2</sup>

La *Enfermedad de Paget* se caracteriza por lesiones eczematosas del pezón que pueden tener una secreción serosa o sanguinolenta y que preceden o acompañan a un carcinoma mamario. La Enfermedad de Paget extramamaria puede localizarse en el periné o axilas y está asociada a un carcinoma de glándulas apocrinas.

*Síndrome de Peutz-Jeghers*. Es una genodermatosis que se transmite con carácter dominante. Probablemente el gen responsable es pleiotrópico único y de expresividad variable. Se caracteriza por la asociación de manchas melánicas, que en ocasiones son negras, redondeadas, ovaladas e irregulares, que se localizan en los labios, y poliposis intestinal. La pigmentación es congénita o aparece durante la infancia y la pubertad, y persiste toda la vida.

Se encuentran pólipos distribuidos por todo el tracto digestivo, sobre todo en el intestino delgado. Actualmente se consideran los pólipos como benignos, aunque se han reportado algunos casos con degeneración.

*Síndrome de Garner*. Se transmite por un gen autosómico dominante con expresividad variable. Presenta una tríada sintomática: tumores de la piel, osteomatosis y poliposis múltiple del colon.

El indicador cutáneo está constituido por tumores quísticoepidermoides (lobulillos) que se localizan en la cara, cuero cabelludo y extremidades. Hay también con frecuencia fibromas. Los tumores cutáneos se observan desde la niñez. El pronóstico es muy grave, pues los pólipos degeneran precozmente.

*Enfermedad de Letterer-Siwe*. Comienza bruscamente con fiebre elevada y grave repercusión en el estado general, en niños de pocos meses. Los indicadores cutáneos pueden ser muy polimorfos: púrpura,

exantemas morbiliformes, placas escamosas eczematosas que se localizan en el tronco, cara y cuero cabelludo, pápulas con tendencia a necrosarse en su centro y nódulos de distintos tamaños. Ante estas manifestaciones clínicas, si se acompañan de hepatoesplenomegalia, es muy probable la sospecha de que se trate de esta variedad de reticulosis X, y debe confirmarse con un survey óseo y la biopsia de las lesiones cutáneas, donde puede apreciarse un infiltrado dérmico difuso constituido por células de estirpe reticuloendotelial.

Entre las enfermedades sistémicas que regularmente están asociadas con manifestaciones cutáneas, tres grupos son de particular importancia, tanto por su severidad como por su relativa alta incidencia. Estos grupos son:

1. Enfermedades difusas del tejido conectivo.
2. Enfermedades sistémicas granulomatosas.
3. Enfermedades metabólicas.

#### 1) *Enfermedades difusas del tejido conectivo*

Como el tejido conectivo está virtualmente omnipresente, los cambios patológicos en este tejido dan lugar a manifestaciones de enfermedad en numerosos órganos. Las más importantes enfermedades de este grupo son: el lupus eritematoso diseminado, la dermatomiositis, la esclerodermia progresiva, la periarteritis nudosa y la artritis reumatoide. Todas estas entidades tienen el factor común de que el tejido conectivo a través del cual se deslizan los vasos sanguíneos cutáneos está también frecuentemente afectado.

#### *Lupus eritematoso diseminado*

El indicador cutáneo está constituido por el eritema difuso y el abotagamiento

de la piel de la cara. Además se observan placas y bandas de color violáceo en diversas partes del cuerpo, especialmente en las manos.

Basado en estos signos morfológicos solos, esta forma de lupus puede fácilmente ser confundida con la dermatomiositis, pues en esta afección, las lesiones cutáneas son muy similares: en la dermatomiositis, sin embargo, el eritema facial es más bien de color lila, en contraste con el color rojo vivo del lupus eritematoso.

Estas dos entidades pueden ser diferenciadas finalmente por medio de otros signos y síntomas, así como también por los hallazgos de laboratorio.

Son indicativos de lupus eritematoso diseminado, en particular, los siguientes síntomas o hallazgos adicionales.

- a) Poliartritis migratorias, transitorias y recurrentes y tenosinovitis.
- b) Nefropatía (proteinuria, hematuria y cilindruria).
- c) Leucopenia.
- d) Presencia del factor célula LE y factores antinucleares en el suero del paciente.

Por otra parte, en la dermatomiositis, los principales hallazgos son:

- a) Debilidad muscular, como una manifestación de polimiositis.
- b) Aumento de proporción de diversas enzimas en el suero, tales como la creatina fosfoquinasa, aldolasa, transaminasa y lactato dehidrogenasa. Estos hallazgos enzimáticos deben interpretarse como indicativos de dermatomiositis, siempre y cuando se descarte la posibilidad de una afección hepática o cardíaca concomitante.

### *Esclerodermia progresiva*

El indicador cutáneo está constituido por la induración difusa de la piel con pérdida de su elasticidad. Ello da lugar a pérdida de la expresión facial, acompañada de estrechamiento de la boca y de la nariz; limitación dermatogénica de los movimientos respiratorios del tórax "apretado" y acroesclerosis pronunciada con contractura dermatogénica y limitación de los movimientos de las articulaciones de los dedos de las manos.

### *Periarteritis nodosa*

El indicador cutáneo está representado por el lívado racemoso dispuesto en forma de placas y bandas de color rojo brillante que a veces toma el aspecto arboriforme y es debido a lesiones de endoflebitis y endoarteriolitis y debe ser diferenciado del lívado reticularis (cutis marmorata) que es debido a un trastorno del tono vasomotor y está caracterizado por una red de mallas regulares de color violáceo o azuloso. Además del lívado racemoso pueden observarse otras manifestaciones cutáneas aunque menos específicas: eritema-nudoso, nódulos subcutáneos dolorosos y manifestaciones purpúricas por ruptura vascular.

### *Artritis reumatoide*

El indicador cutáneo está representado por los nódulos reumáticos, que son de consistencia dura, no dolorosos, a veces de color normal de la piel, pero generalmente de color rojo brillante; su sitio de predilección es sobre las articulaciones.

## II) *Enfermedades granulomatosas sistémicas*

Las dos más importantes enfermedades sistémicas en este grupo son la sarcoidosis (Enfermedad de Boeck) y la tuberculosis. Teniendo en cuenta la similitud de sus manifestaciones cutáneas se describen conjuntamente.

El indicador cutáneo está constituido por nódulos rojizos o rojo carmelitoso, o placas infiltradas circinadas que a veces se distribuyen en forma de anillos. Tanto en la tuberculosis como en la sarcoidosis, la presión de las lesiones con una espátula de cristal da lugar a un infiltrado rojo carmelitoso que no desaparece con una presión mayor.

Los métodos principales para poder diferenciar estas dos afecciones son las siguientes: la prueba del estilete que pasa fácilmente en el infiltrado tuberculoso y no en la sarcoidosis; la reacción a la tuberculina que es positiva en la tuberculosis y negativa en la sarcoidosis y por último el estudio histopatológico.

## III) *Enfermedades metabólicas*

La mayoría de las enfermedades metabólicas están asociadas directa o indirectamente con manifestaciones cutáneas. Muchas veces una enfermedad metabólica no se descubre hasta que las lesiones cutáneas concomitantes son correctamente diagnosticadas. Además, a menudo estas lesiones cutáneas no curan, hasta que la afección sistémica sea tratada adecuadamente al mismo tiempo.

### 1. *Diabetes mellitus*

Varias afecciones cutáneas están íntimamente ligadas a la diabetes mellitus.

a) *Moniliasis de las membranas mucosas* que se caracteriza por la presencia de depósitos blanquecinos que pueden ser removidos fácilmente y que a veces adoptan formas anulares y que están rodeados de una zona de inflamación.

b) *Intertrigo moniliásico* cuya lesión elemental está constituida por una pequeña pústula rodeada por un estrecho halo eritematoso. A medida que las pústulas se rompen y coalescen en los espacios intertriginosos, dan lu-



gar a placas erosivas de contornos policíclicos.

- e) *Moniliasis de las uñas* donde se aprecian manchas de color verde sucio, muchas veces asociadas a una paroniquia producida por la propia *Candida albicans*.
- d) *Forunculosis y antraxa* pueden indicarnos muchas veces una diabetes oculta. Los diabéticos tienen una menor defensa a todas las formas de infecciones bacterianas.
- e) *Gangrena* de las extremidades es producida por las alteraciones que la diabetes produce en los vasos sanguíneos.
- f) *Necrobiosis lipóidica* se presenta en la superficie de extensión de los miembros inferiores en forma de

placas amarillogrisáceas entremezcladas de manchas oscuras y con un borde rojizo de dos a tres milímetros de anchura.

- g) *Nódulos xantomatosos* se presenta en los diabéticos hiperlipémicos y se desarrollan intermitentemente en gran número por todas partes del cuerpo; pueden regresar en respuesta a una reducción de los niveles de los lípidos en el suero.

## 2. Gota

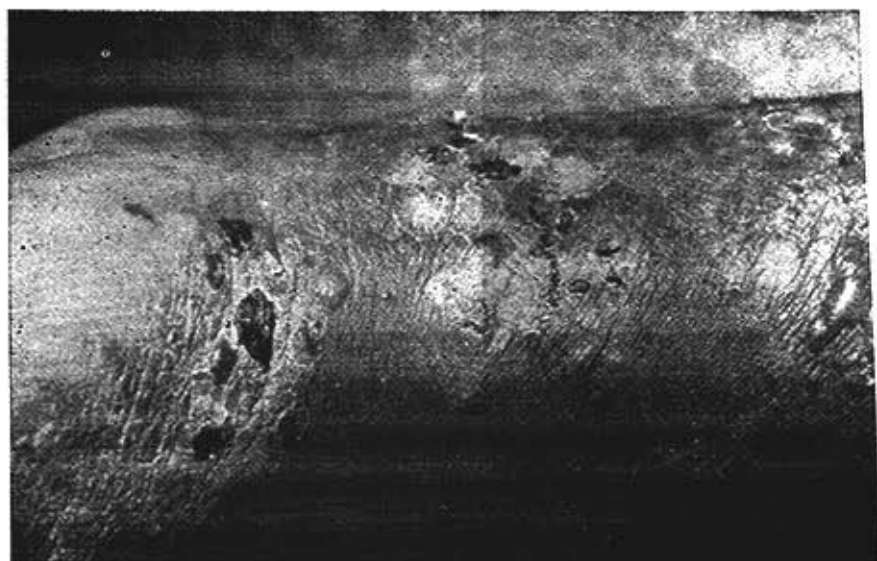
La lesión cutánea está representada por el tofo que está constituido por un nódulo de color violáceo o de piel normal que se localiza en los lóbulos auriculares o cresta de los pabellones auriculares y dedos de las manos y pies. Están constituidos por urato de sodio y se presentan después de un ataque agudo de gota.



Foto 1.—Melanosis que corresponde a un nevo pigmentario en forma de traje de baño asociado a una Enfermedad de Recklinghausen.



Foto 2.—Lesiones escamosas muy secas, casi generalizadas, que remedian a la ictiosis; pueden observarse en casos de Enfermedad de Hodgkin.



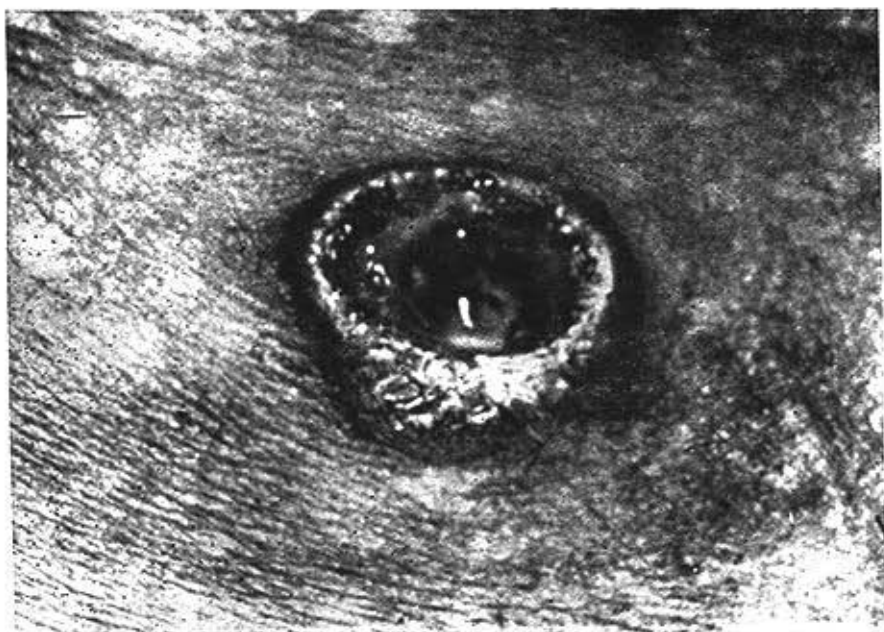
*Foto 3.—Lesiones vesiculosas, ampollosas y costrosas de la muñeca y antebrazo, que recuerdan a la Enfermedad de Duhring o al Penfigoide; pueden observarse en casos de carcinoma interno.*



*Foto 4.—Lesión tumoral infiltrada con alopecia, localizada en el cuero cabelludo, que fue precedida de lesiones eczematosas inespecíficas y que resultó ser un linfoma maligno.*



*Foto 5.—Tumoración infiltrada y multilobulada de la región retroauricular que corresponde a un linfoma maligno.*

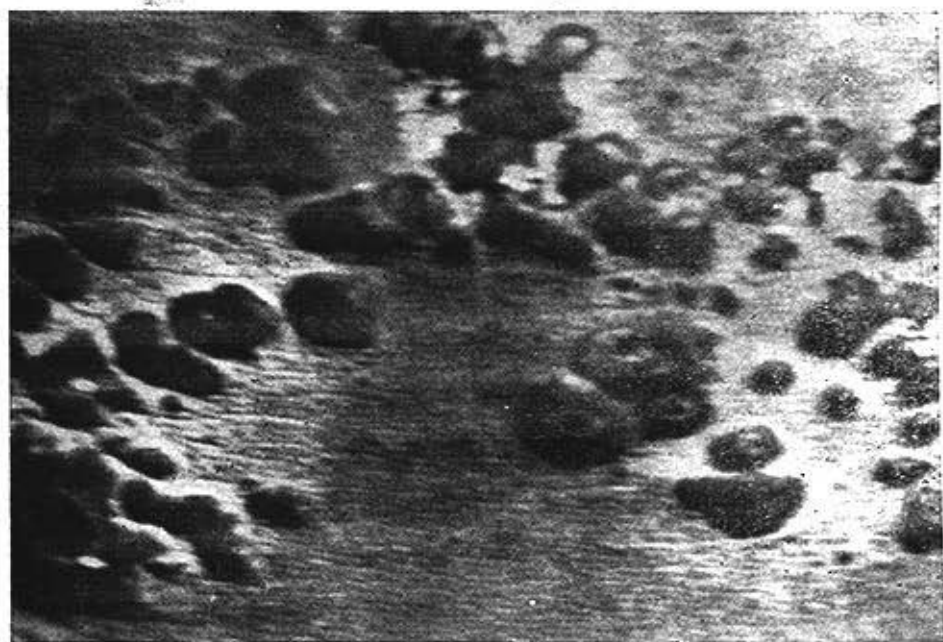


*Foto 6.—Linfosarcoma linfoblástico que se presentó en la región lumbar como una tumoración redondeada que rápidamente se ulceró, quedando con sus bordes bien elevados y de consistencia firme.*





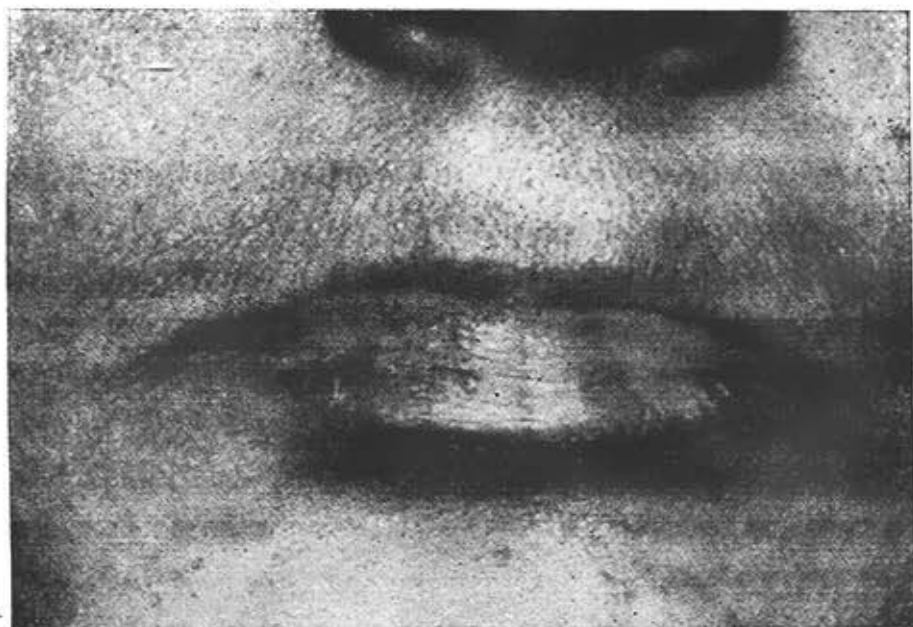
*Foto 7.—Micosis fungoide con tumoraciones violáceas que se han necrosado y ulcerado y que fueron precedidas de lesiones eczematosas inespecíficas.*



*Foto 8.—Herpes zoster lumbar que puede observarse precediendo o acompañando a linomas y a otros tumores, tanto en el niño como en el adulto.*



*Foto 9.—Lesiones eczematosas de la cara, mentón, región frontal y parte superior del tórax que recuerdan a la dermatitis atópica o a la dermatitis seborreica que se observan en la Enfermedad de Letterer-Siwe.*



*Foto 10.—Síndrome de Peutz-Jeghers, donde se aprecia la pigmentación melánica de los labios y de la región peribucal.*

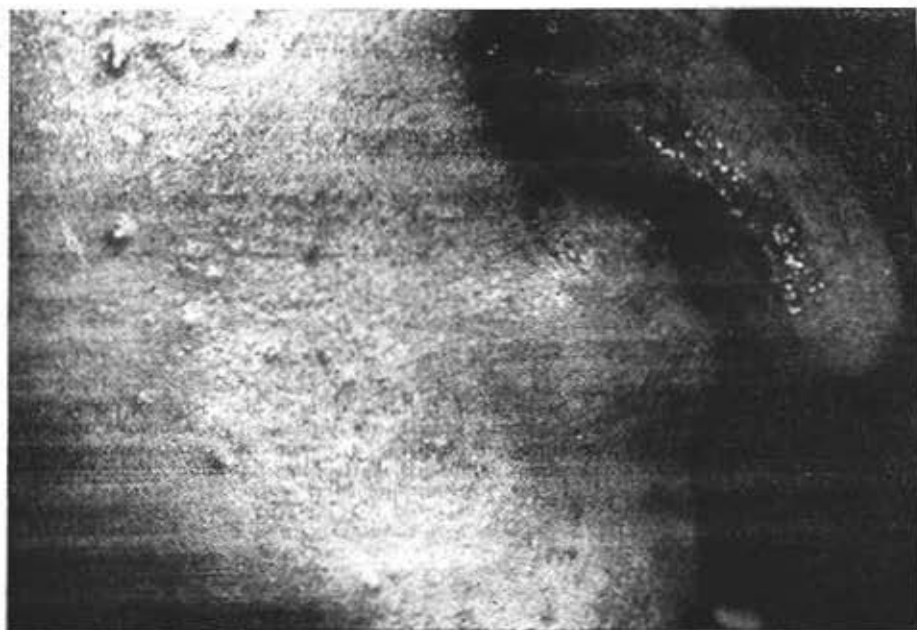


Foto 11.—Pigmentación melánica de la lengua del mismo caso anterior del Síndrome de Peutz-Jeghers.



Foto 12.—Dermatomiositis con eritema de la cara, cuello y parte superior del tórax. Expresión triste con los ojos que parecen que llorimean. Presenta lesiones erosivas y costrosas de los labios.

## SUMMARY

García Miranda, A. *Skin indicators for the diagnosis of internal diseases.* Rev Cub Ped 46: 6, 1974.

Skin indicator is defined as a pathologic sign, not yet clinically manifested, which, when becoming visible, compels patients to attend a dermatologist, who has to be ready to perform the early diagnosis of the internal pathological process. Emphasis is laid on the fact that a modern dermatologist must have a deep knowledge of internal medicine. A numerous group of internal affections of a very origin, which has skin manifestations that may precede, coincide with, or follow the clinical course of the pathological process, are reviewed.

## RESUME

García Miranda A. *Indicateurs cutanés pour le diagnostic des maladies internes.* Rev Cub Ped 46: 6, 1974.

On défine l'indicateur cutané comme un signe de souffrance interne non manifesté encore cliniquement. Cependant ces malades à cause de sa visibilité dans la peau vont au dermatologiste, lequel doit être prêt pour établir le diagnostic précoce du processus pathologique interne. On insiste sur le fait de ce que le dermatologiste moderne a besoin de connaissances profondes de médecine interne. On révisé un groupe nombreux d'affections internes de nature diverse, présentant des manifestations cutanées qui peuvent précéder, coïncider ou suivre le cours clinique du processus pathologique.

## RESUME

Гарсия Миранда А. *Кожные показатели в диагностике внутренних заболеваний.* Rev Cub Ped 46: 6, 1974.

Кожный показатель определяется как признак внутреннего страдания, клинически еще невыраженного, но появление которого на коже побуждает больного обратиться к дерматологу, который должен быть способен поставить ранний диагноз внутреннего патологического процесса. Подчеркивается необходимость современного патолога владеть глубокими знаниями по внутренней медицине. Проводится пересмотр многочисленной группы внутренних заболеваний весьма различной природы, при которых отмечаются кожные изменения, которые могут предшествовать, совпадать или следовать за клиническим течением патологического процесса.

## BIBLIOGRAFIA

- 1.—Cormio, F. E. y Domonkos, A. N. Cutaneous reactions to internal malignancy. Med Clin N Amer, 49: 655, 1965.
- 2.—Peterka, E. S. et al. An association between Bowen's disease and internal cancer. Arch Derm (Chicago). 84: 623, 1961.
- 3.—Plotnick, H., M. Abbrecht. Alopecia mucinosa and lymphoma. Arch Derm (Chicago) 92: 137, 1965.
- 4.—Skog, E. Cutaneous manifestation associated with internal malignant with particular reference to vesicular and bullous lesions. Acta. Dermatovener. (Stockholm), 44: 114, 1964.
- 5.—Vandijk, E. Ichthyosiform atrophy of the skin associated with internal malignant disease. Dermatologica (Basel), 127: 413, 1963.
- 6.—Gay Prieto, J. Dermatología 7ª Edición. Editorial Científico-Médica-Madrid 1972.

Recibido el trabajo: junio 16, 1974.