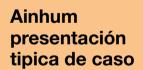
Uso del arte para la formación en medicina







Angiosarcoma de mama posterior a radioterapia







Sífilis terciaria de presentación clínica inusual



Carcinoma de células de Merkel



Programa de Educación Médica Continua de Archivos Argentinos de Dermatología

**Año 2020, Volumen 6, Número 3** Julio, Agosto, Septiembre 2020. Precio: \$400

# EDICIÓN EN TIEMPOS DE PANDEMIA



www.archivosdermato.org.ar/educandonos/info@archivosdermato.org.ar



MODULA EL MICROBIOMA Y RESTAURA LA BARRERA CUTÁNEA

M. DE KARITÉ

**XYLITOL** 

**NIACINAMIDA** 

# PRIMER EMOLIENTE QUE INHIBE Y DESTRUYE EL BIOFILM DE S. AUREUS RESTABLECIENDO EL MICROBIOMA CUTÁNEO









VITAMINA A ÓXIDO DE ZINC XYLITOL NIACINAMIDA M. de KARITÉ

Pasta 60g

**DERMATITIS ATÓPICA** 

**DERMATITIS DEL PAÑAL** 





# **Educando Nos**

Programa de Educación Médica Continua de Archivos Argentinos de Dermatología



**Año 2020, Volumen 6, Número 3** Julio, Agosto, Septiembre 2020 ISSN 2683-8753

- **Editorial**Galimberti Ricardo
- Reglamento de publicaciones
- Angiosarcoma de mama posterior a radioterapia

Braccia Valentina, Bertaina Carolina, Mercau Sebastián, Gorosito Mario, Molteni Ana, Fernández Bussy Ramón

12 Nevo lipomatoso cutáneo superficial

Peralta Montes Susan, Romero Analía, Díaz Diego Luis

Ainhum presentación tipica de caso

Candelo Paula Andrea, Cagua Gonzalez Estefania, Montoya Andrea Marcela, Paz Argoty Lola Catalina, Victoria, Jairo

20 Sífilis terciaria de presentación clínica inusual

Gerez Eliana Maribel, Ramallo Camila Anabel, Gómez María Amalia, Miraglia Eugenia, Garritano María Victoria, Maradeo María Roxana

Fenómeno de Lucio

Hortazo Mariela Andrea, Medina María Cecilia, Vornetti Silvia, Schejtman Adrián Alejandro 36 L

# Leiomiosarcoma cutáneo

García Virginia, Corball Melisa Valeria, Pascualini María Florencia, Ruiz Lascano Alejandro, Kurpis María

Estudio retrospectivo en el Centro Dermatológico de Sinaloa "Dr. Jesús Acedo Cardenas"

> Salazar Madrigal Kenneth Alfonso, De Jesús Lemus Orlando Lettelier, Moraila Moya Guillermo Alfonso, Burgueño Rivera Sandra Olivia, Mexia Galarza Elsie Noemi. Moraila García Guillermo Alfonso

48 Carcinoma de células de Merkel

De los Ríos Rossana, Saadi María Emilia, Cartagena Nora, Figueroa Eduardo, Romano Susana, Palazzo Felipe, Garlatti María Ines

55 Plataforma virtual (Zoom) AAD

# Una invitación a pensar

Uso del arte para la formación en medicina

Cannata Laura Valeria, Viola Francisco Juan José

"Educación en época de cuarentena..." "El aprendizaje y el placer van juntos..."

Jornadas de Educación
Médica Continua

# Consejo Editorial

Directores:

Roberto Glorio Ricardo Galimberti

# Comite de redacción:

Carbia Sergio (Hospital General de Agudos "José M. Penna")
Forero Olga (Hospital de infecciosas "Francisco Muñiz")
Galimberti Gaston (Hospital Italiano de Buenos Aires)
Glikin Irene (Hospital General de Agudos "Dr. Enrique Tornú")
Madeo Maria (Hospital General de Agudos "Dr. Enrique Tornú")
Perez Gabriela (Hospital General de Agudos "José M. Penna")



Producción editorial, comercial y gráfica: **Arte % Letras**Avacucho 457 3° 33 - C1026AAA

Ciudad Autónoma de Buenos Aires

www.artevletras.com.ar

CLOBETASOL 0,05%

# UNA PRESENTACIÓN PARA CADA NECESIDAD







Loción

Champú

**Espuma** 

DERMEXANE
PROPIONATO
DE CLOBETASOL

**Espuma** 

60 g / 70,6 ml Uso externo dermatológico No apto para uso oftálmico

GITAR ANTES DE USAR USO INVERTIDO





# El desafio de siempre: La educación

En estos tiempos de Pandemia los cambios en la educación representan un desafio, se han suspendido congresos, cursos, conferencias en la modalidad presencial.

Esto originó que se postergen las fechas de los mismos con las dificultades que esto le ocasionó a los organizadores .

Las escuelas, universidades e institutos de enseñanza se volcaron a la modalidad remota utilizando el Zoom y todas las plataformas disponibles para acceder al contacto. Rapidamente se perdió la posibilidad social de dialogar frente al maestro o instructor y se dificultó la interacción entre los alumnos y educadores.

Sin embargo, las condiciones no siempre son adecuadas; en primer lugar Internet, si bien esta muy generalizado, no está siempre disponible con excelente comunicación en todo el territorio de la República Argentina, y tampoco todos los usuarios tienen computadora o acceso a internet.

En el ambiente médico es común que el profesional cuente con computadora y este abonado a internet pero para los mayores se rompió la magia de mirarse a los ojos y captar las expresiones en una conferencia, ante alguna pregunta o ante una dificultad terapéutica. Se perdieron los comentarios de pasillo al terminar la exposición o el intercambio de conceptos con un café, en un almuerzo de trabajo.

Esta nueva modalidad que vino para quedarse trajo resultados en los costos de las reuniones, viajes, pasajes y hoteles y no estan los exhibit de los laboratorios que aglomeraban a los interesados.

El desafio es grandísimo; tenemos que generar nuestra mayor innovación en los métodos educativos para estimular a los que lo necesitan y crear sistemas que sean eficientes en la transmisión del conocimiento. En la medicina es conveniente recordar la frase del Dr. Ramon y Cajal: "Mucho aprenderemos de los libros pero mas aprenderemos de la observación de los fenómenos de la naturaleza, causa y ocasión de todos los libros".

En dermatologia, la observación de la piel en nuestros pacientes es y seguirá siendo fundamental. Al principio en las universidades, la dermatologia se enseñaba con dibujos o se invitaba a los artistas para trabajar en el tema, una muestra de ello es el museo de cera del Hospital Saint Louis de París.

Por un lado, podemos leer el articulo del arte y su relación con la dermatologia de la Dra Laura Cannata con claras demostraciones de cuadros dermatológicos muy bien ilustrados y en contraposición a los tiempos de hoy la licenciada Vilma Saldumbide educadora de excelencia nos propone el desafio e innovación en la educación tecnológica sobre la que confieso, siempre escucharla es un placer y de una riqueza única en el aprender de cada dia.

Debe existir el duo educativo: "uno quiere aprender y otro quiere enseñar".

Esto garantiza el éxito final pero ahora se debe innovar con la metodologia en soporte electrónico para el fin educativo.

Me imagino que en menos de 10 años se presentará la promoción de los congresos presenciales que nos permitan estar frente a frente con el experto y cambiar conceptos y opiniones, pero hoy debemos trabajar frente a una computadora y con la comunicación telefónica, son tiempos muy cambiantes con verdades muy transitorias.

No perdamos de vista el sentimiento de socializar... lo que más extraño son las charlas de pasillo y cafes con opiniones.

# Prof. Dr. Ricardo Galimberti

Maestro de la Dermatología Argentina

# \* Reglamento de publicaciones



# **GENERALIDADES**

"Educandonos" es una revista trimestral (4 fasciculos por año) elaborada por "Archivos Argentinos de Dermatologia" que publica trabajos originales de temas referentes a la dermatología y especialidades afines así como también articulos de interés general vinculados con las distintas áreas de las Ciencias Biomédicas. La responsabilidad por el contenido, afirmaciones y autoría de los trabajos corresponde exclusivamente a los autores.

# PROCESO DE ARBITRAJE

Todo manuscrito enviado a "Educandonos" para su publicación será sometido a la evaluación del Consejo Editorial el que evalúa (sin identificación de los autores) si cumple con las condiciones como para ser publicado, designándose como mínimo 2 árbitros para su análisis. Una vez efectuado se informará su dictamen (aceptación, aceptación con correcciones, no aceptación) a los autores del artículo, manteniendo el anonimato de los revisores. El orden de publicación de los trabajos queda a criterio del Consejo Editorial.

# **CASOS CLÍNICOS A PRESENTAR**

- · Condición o enfermedad nueva.
- · Condición rara o infrecuente.
- Presentación inusual de una enfermedad común.
- Asociación inesperada entre síntomas o signos infrecuentes.
- Impacto de una enfermedad en la evolución de otra.
- Evolución inusual o evento inesperado en el curso clinico o terapéutico.
- Impacto del tratamiento de una condición en otra.
- Complicaciones inesperadas de procedimientos o tratamientos.
- Tratamientos o procedimientos diagnósticos nuevos y únicos.
- Clásico educativo.

# **CONSIDERACIONES GENERALES:**

- Título: Claro y atractivo, que incluya palabras claves.
- Resumen: Breve descripción de la situación. Explicar por qué el caso es destacable y especificar el mensaje educativo que motiva la comunicación.
- Introducción: Situar el caso clínico en contexto en términos de frecuencia y gravedad clínica y su relevancia para los lectores a los que está destinado.
- Caso clínico: Su descripción debe fundamentarse de manera explicita. Describir el proceso de evaluación del caso para sustentar que el diagnóstico es el correcto y en el aspecto terapéutico considerar las alternativas justificando la elegida.
- Comentarios: Enfatizar por qué el caso es destacable y explicar o clarificar los aspectos discutibles.
   Considerar las lecciones que pueden aprenderse del caso que se comenta, precisando el mensaje educacional.
- Referencias: Limitar las referencias bibliográficas a las pertinentes.
- Destacar un concepto clínico, recordar lo infrecuente o importante de una condición, o apoyar la necesidad de cambiar determinadas prácticas clínicas.

# Los manuscritos deberán ajustarse al siguiente formato:

- Los artículos deben ser editados en fuente "Times New Roman", tamaño 12, procesado en Microsoft Word, a doble espacio.
- Las páginas del texto del artículo deberán numerarse en forma correlativa en el ángulo superior derecho de cada una. La primera página no se numera.

# Primera página:

- Título en español e inglés. Máximo de 15 palabras.
- Nombre y apellido completo de los autores (hasta 6 por artículo). Con un asterisco identificar los datos académicos de cada uno. Institución de pertenencia.
- Correo electrónico del autor que recibirá las notificaciones.

- **Resumen:** en español e inglés (Abstract). Extensión máxima 150 palabras. Evitar siglas o abreviaturas.
- Palabras clave: en español e inglés (Keywords): Tres (3) como máximo.

# Texto del artículo:

- Extensión: mínimo de 4 páginas y máximo de 6 páginas.
- Estructura: a) Introducción b) Caso/s clínico/s (hasta 3 casos) o Serie de casos. b) Comentarios
- Las abreviaturas deben estar precedidas de lo que significa la primera vez que se citan. Los fármacos deben denominarse por su nombre genérico. Los nombres de microrganismos se citan en cursiva (itálica) y con mayúscula.

### Referencias:

Se aceptan hasta 20 como máximo. Se deben citar en el orden en que las menciona en el texto, mediante números arábigos, al final de la frase o párrafo en que se las alude. Las referencias consecutivas separadas por un guión Ej. (2-6) y las no correlativos por comas Ej. (2, 8 10)

La forma de cita es la siguiente según el caso:

# • Artículos en revistas:

- Apellido e inicial del nombre de los autores. Si son más de cuatro autores, colocar los cuatro primeros y agregar "et ál" o "y colab", según corresponda.
- Título: completo del artículo, en su idioma original.
- Nombre de la revista abreviado de acuerdo con el Index Medicus, en cursiva (itálica). Ej. International Journal of Dermatology = Int J Dermatol
- Año de publicación, volumen de la revista, página inicial y final del artículo. Ej.: 2014; 10: 146-153.

# • Capítulos en libros:

- Apellido e inicial del nombre de los autores del capítulo.
- Título del capítulo.
- Apellido e inicial del nombre de los autores del libro.
- Título del libro en cursiva (itálica). Editorial, lugar y año.
   Páginas

Ej: Cohen P, Honigsmann H, Kurzrock R. Dermatosis neutrófila febril aguda (syndrome de Sweet) En: Goldsmith L, Katz S, Gilchrest B, Paller A, et al. *Fitzpatrick Dermatologia en Medicina General*. 8° edición. Ed

Panamericana, Buenos Aires, 2014: 362-370.

• **Textos electrónicos:** se debe agregar lo siguiente: "Disponible en" y "Fecha de consulta".

# Figuras:

Se consideran como tales las "fotografias", "dibujos", "gráficos" y "esquemas".

Se deben identificar cada uno de ellos en forma progresiva en numeros arábigos de acuerdo con el orden de aparición en el texto.

En el caso de las "fotografías" se aceptarán hasta 8 como máximo. Serán de excelente calidad, en color. Pueden ser fotos clínicas, histopatológicas, de estudios complementarios. En el caso de las fotos clínicas, si las mismas son identificables deberán acompañarse del consentimiento escrito del paciente. Las fotografías histopatológicas deben tener el número de ampliación efectuada y la técnica utilizada. Las imágenes deberán estar en formato de almacenamiento JPG (JEPG), sin compresión. La resolución de la imagen no será menor a 10 megapixels, preferentemente con cámara fotográfica (evitar los celulares) para que permita una resolución de impresora de 300 dpi (dots per inch, puntos por pulgada). El tamaño como mínimo debe ser las de tamaño postal (12,5 x 8,5 cm.)

# Cuadros (tablas):

- La información que contengan no debe repetirse en el texto
- En hoja aparte del texto, encabezados por el título y ordenados con números arábigos.

# **SECCIONES**

"La nueva era en medicina", "Una invitación a pensar", "Actualización del tema"

- La estructura tiene una oganización libre.
- Se pueden utilizar subtítulos.
- Tendrá una extensión máxima de 6 páginas (de texto).
- Bibliografía: Se aceptan hasta 20 como máximo.
- Requiere resumen y palabras claves.
- Puede incluir hasta 2 figuras.

Envío de casos: info@archivosdermato.org.ar



/ Braccia Valentina<sup>1</sup>

/ Bertaina Carolina<sup>1</sup>

/ Mercau Sebastián<sup>2</sup>

/ Gorosito Mario<sup>3</sup> / Molteni Ana<sup>4</sup>

/ Fernández Bussy Ramón<sup>5</sup>

# Palabras claves

Angiosarcoma postradiación, Cáncer de mama, Radioterapia.

# **Keywords**

Radiation-associated angiosarcoma, Breast cancer, Radiotherapy.



Fernández Bussy Ramón E-mail: fbussy@gmail.com Dirección: Urquiza 3101, S2002 KDT Santa Fe, Argentina Teléfono: (+54 0341) 430 7185

# Angiosarcoma de mama posterior a radioterapia

**Angiosarcoma of the breast after radiation therapy** 

# Resumen

El angiosarcoma radioinducido de mama es una patología poco frecuente, aparece en pacientes con neoplasias mamarias en las que se ha empleado radioterapia, con una latencia desde la misma de 3 a 12 años. La forma de presentación suele ser con lesiones eritematosas o violáceas, equimosis o masas tumorales. El diagnóstico se sospecha ante lesiones clínicamente compatibles, en un paciente con antecedentes de haber recibido radioterapia en esa topografía y se confirma con la histología. La cirugía continúa siendo la primera opción terapéutica para la enfermedad localizada. Presentamos el caso de una paciente con angiosarcoma radioinducido de mama.

# **Abstract**

Radiation- associated angiosarcoma of the breast is a rare condition. The pathology appears in patients with mammary malignancies which have been treated with radiation therapy, with a latency from it of 3 to 12 years. It usually presents as erythematous or violaceous lesions, ecchymosis or tumor masses. The diagnosis is suspected because of clinically compatible lesions, in a patient with a history of having received radiotherapy in that topography and confirmed with histology. Surgery continues to be the first therapeutic option for localized disease. We present the case of a patient with post-radiation angiosarcoma of the breast.

Educandonos. 2020; 6 (3): 6-11.

<sup>1</sup> Médicos Carrera especialista en dermatologia.

<sup>2</sup> Docente de la Cátedra de Dermatología Universidad Nacional de Rosario.

Médico Dermatonatólogo

<sup>4</sup> Profesor Adjunto de Dermatología de la Universidad Nacional de Rosario. Jefe de servicio.

<sup>5</sup> Profesor Titular de Dermatología de la Universidad Nacional de Rosario. Jefe de servicio.

\*Servicio de Dermatología. Hospital Provincial del Centenario. Rosario, Santa Fe. Argentina.

# INTRODUCCIÓN

El angiosarcoma es un tumor vascular maligno agresivo que representa el 2% de todos los sarcomas. Existen distintas variantes clínicas que incluyen: angiosarcoma cutáneo idiopático de cabeza y cuello, angiosarcoma asociado a linfedema crónico o síndrome de Stewart-Treves, angiosarcoma postradioterapia, angiosarcoma primario de mama y otros angiosarcomas (1).

Respecto a los tumores malignos que afectan la mama, los más frecuentes son el grupo de los carcinomas originados del sistema ductal, y por otro lado tenemos a los sarcomas que representan un grupo heterogéneo con distintos subtipos histológicos, que constituyen menos del 1% de los tumores malignos y se diferencian en su etiología, historia natural y respuesta al tratamiento. De este grupo se destaca el angiosarcoma de mama, del cual se diferencian una forma primaria, que surge de forma esporádica en mujeres entre 20 y 30 años, y una forma secundaria asociada a radioterapia previa o linfedema crónico (2, 3).

# **CASO CLÍNICO**

Paciente mujer de 82 años, con antecedentes personales de hipertensión en tratamiento con enalapril 10mg/día, depresión, cáncer de mama diagnosticado hace 15 años, por lo que realizó cuadrantectomía, radioterapia (50Gy) y tamoxifeno por 5 años (último control hace 2 meses). Consultó al servicio de dermatología por presentar cuadro de siete meses de evolución caracterizado por placas eritemato violáceas de consistencia aumentada, con algunas ulceraciones cubiertas por costras hemáticas, localizadas en mama derecha. (Figs. 1 y 2) Sin adenopatías axilares palpables. Refería sensación de pesadez e impotencia funcional del miembro superior homolateral.

Se le solicitó ecografía mamaria 3 meses previos a la consulta, la cual informa, a nivel de la mama derecha un proceso cicatrizal regenerativo que concuerda con su cirugía. Subyacente al área eritematosa se observó engrosamiento del plano tegumentario, no se visualizaron formaciones nodulares ni sólidas ni líquidas. Mama izquierda sin alteraciones. Macrocalcificaciones aisladas. A nivel axilar no se observaron imágenes significativas. Dos meses previos a la consulta, se le realizó una biopsia de placa infiltrada, mediante técnica de punch, que informó piel mamaria con inflamación crónica, congestiva y edematosa, inespecífica.



**Figura 1.** Aspecto clínico de la lesión al momento de la consulta: Placas eritemato-violáceas, ulceraciones cubiertas por costras hemáticas en mama derecha.

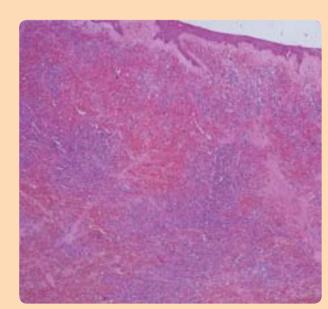
La sabiduria de la vida consiste en eliminar lo que no sea esencial



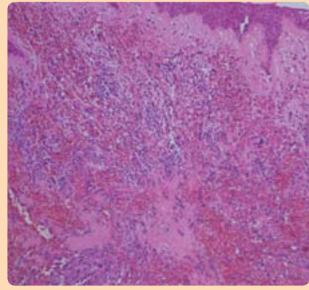
Lin Yutang



Figura 2. Aspecto clínico a la semana de la consulta. Se asocia ulceración de la lesión..



**Figura 3.** (HE-20X) Fragmento de piel de mama infiltrado en forma difusa por una proliferación vascular atípica, de alto grado citológico y elevado índice mitótico.



**Figura 4.** (HE-40X) Sectores con proliferación vascular sólida, extravasación hemática y depósitos de hemosiderina.

Se plantearon como diagnósticos clínicos presuntivos, metástasis de adenocarcinoma mamario, radiodermitis crónica, pioderma gangrenoso y sarcoma cutáneo. Se decidió la toma de nueva biopsia incisional de piel que informó un angiosarcoma de alto grado (Figs. 3 y 4) y la inmunohistoquímica fue la siguiente: CD 31 (+), AML (+), índice K1 67: 65%, CK (-). (Figs. 5 ,6 y 7) Se arribó al diagnóstico de angiosarcoma de alto grado asociado a radioterapia previa.

Se derivó al paciente para tratamiento oncológico y se le indicó extirpación quirúrgica del tumor, a la que el paciente accedió a realizar 4 meses después. La biopsia de pieza quirúrgica coincidió con el diagnóstico, y se informaron márgenes libres.

Evolucionó expresando múltiples lesiones sincrónicas tumorales en la superficie de la misma mama, diseminación cutánea en mama contralateral y ambas axilas, por lo cual el servicio de oncología decidió iniciar tratamiento quimioterápico paliativo con doxorrubicina. La paciente falleció a los 9 meses después del inicio de su cuadro clínico.

# **COMENTARIOS**

El angiosarcoma de mama asociado a radioterapia es una complicación rara, que suele presentarse como sarcoma de alto grado, cuyo origen es en el tejido cutáneo de la zona de irradiación o sus inmediaciones, y puede o no involucrar el parénquima mamario subyacente (1, 2, 3). Esto lo diferencia del sarcoma primario de mama, el cual tiene su origen en el tejido mamario (4).

Afecta más frecuentemente a mujeres adultas mayores, con una edad media de diagnóstico de 70 años (2).

El tiempo de latencia entre la irradiación y la aparición del tumor es inferior al de otros sarcomas postradioterapia con un rango entre 3 y 12 años; la mayoría dentro de los 6 años posteriores a la radiación (2), lo cual se ha relacionado con el mayor volumen de piel irradiada en el tratamiento del cáncer de mama y con el sinergismo entre la radioterapia y la quimioterapia adyuvante (3).

La patogénesis no es del todo conocida. Se cree que la aparición de este tipo de tumores puede estar relacionada con daños irreversibles del ADN inducidos por la radioterapia, lo que resulta en una inestabilidad del

genoma con inactivación de genes supresores tumorales y mayor expresión de oncogenes (2).

La forma de presentación es variable: suelen hacerlo como lesiones eritematosas o violáceas, equimosis, zonas de despigmentación cutánea, edema o masas tumorales 3, en el sitio del tumor previo o su vecindad, y los signos iniciales son habitualmente sutiles. Su tamaño puede variar desde 1 cm a más de 20 cm, pueden presentar límites circunscriptos, y es frecuente la multifocalidad con compromiso difuso y extenso de la mama (2, 4).

El diagnóstico diferencial debe realizarse con dermatitis postirradiación, morfea, lesiones vasculares atípicas y recidivas del tumor primario (3).

El diagnóstico se sospecha ante la aparición de lesiones compatibles en pacientes con antecedente de radioterapia en dicha zona y se confirma con el estudio histopatológico (2). En el examen histopatológico, se detallan la presencia de tumores mal delimitados, compuestos por luces vasculares dilatadas, irregulares y prominentes que atraviesan la dermis, infiltrando el tejido celular subcutáneo. Dichos vasos se comunican entre sí formando una red anastomótica. Las células endoteliales presentan núcleos pleomórficos, hipercrómicos y grandes (1). La inmunohistoquímica resulta de gran valor para el diagnóstico, y se confirma el mismo con la positividad de los marcadores de diferenciación endotelial: factor VIII, CD34 y CD31, de los cuales este último es el de mayor sensibilidad y especificidad como en el caso presentado (1, 3).

El angiosarcoma es una patología poco frecuente, aparece en pacientes con neoplasias mamarias en las que se ha empleado radioterapia.

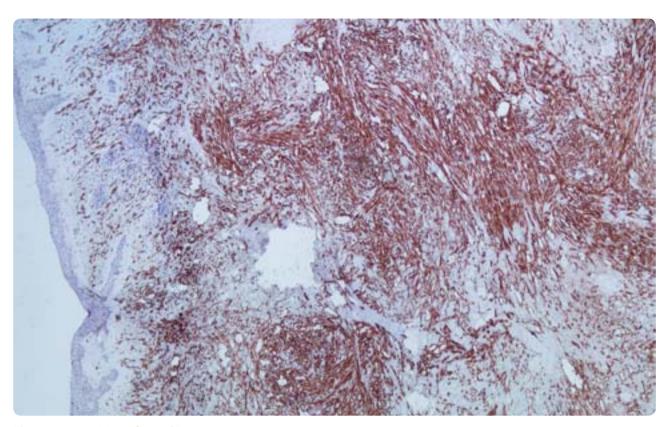


Figura 5. Inmunohistoquímica: CD 31 (+).

La resección quirúrgica amplia es el tratamiento de elección, siempre que sea posible, aunque incluso la cirugía radical no consigue prevenir las recurrencias (1, 3).

La radioterapia adyuvante es comúnmente usada para mejorar el control local de la enfermedad (2). A pesar de ello, la re-irradiación resulta aún controversial por desconocerse su perfil de seguridad en estos pacientes (4).

La quimioterapia (doxorrubicina, paclitaxel) se usa cuando el tumor no es resecable, como tratamiento paliativo (1). Su beneficio como terapia neoadyuvante no está clara (4).

El pronóstico es desfavorable, y se asocia con una pobre sobrevida y elevada tendencia a la recurrencia (4), en la mayoría de los casos a nivel local y menos frecuentemente con metástasis a distancia (pulmón, mama contralateral y hueso) (3).

Se consideran factores de mal pronóstico el tamaño tumoral al momento del diagnóstico, la afección de márgenes quirúrgicos, el grado histológico, la profundidad tumoral mayor a 3 mm, la recurrencia y la

presencia de metástasis (1, 5).

El angiosarcoma de mama radioinducido, a pesar de ser una patología infrecuente, ha incrementado su incidencia en los últimos años. Las razones más probables que explicarían este hecho incluyen una mayor supervivencia de los pacientes irradiados (como resultado de la aplicación concomitante de quimioterapia sistémica) y el incremento en el uso de la radiación terapéutica en el tratamiento conservador del cáncer de mama (cirugía conservadora junto a linfadenectomía y radioterapia adyuvante).

El diagnóstico de esta entidad es difícil, ya que se desarrolla en mujeres, en muchos casos sin seguimiento, ya que se consideran libres de enfermedad de su cáncer de mama, y en las que el largo periodo de latencia no hace pensar en esta posibilidad diagnóstica.

La sospecha clínica es fundamental, debe realizarse una biopsia inmediata para llegar a un diagnóstico histológico definitivo e iniciar un tratamiento precoz, que es el factor pronóstico más importante de esta enfermedad.

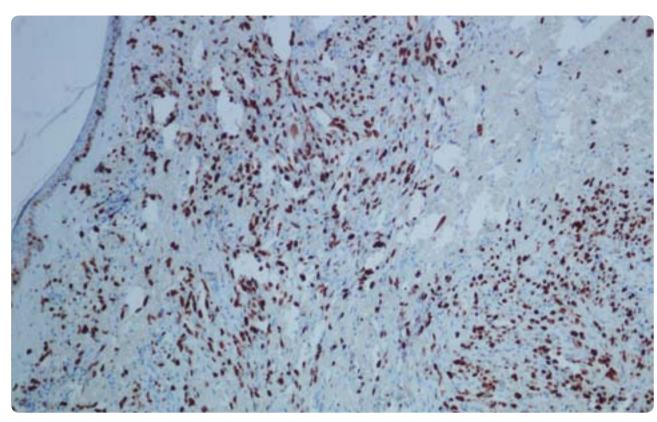


Figura 6. Indice Ki 67: 65 %.

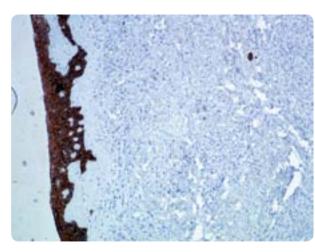


Figura 7. Citokeratina (CK) (-)

# Referencias

- Coll Puigserver M, Mateu Puchades A, Mallebrera T, Pérez Ebri M, et al. Angiosarcoma cutáneo: a propósito de 4 casos. *Med Cutan Iber Lat Am.* 2011; 39 (6): 255-259.
- Shah S, Rosa M. Radiation-Associated Angiosarcoma of the Breast Clinical and Pathologic Features. Arch Pathol Lab Med. 2016, 140 (5): 477-481.
- Romera E, Piñero A, Sola J, Illana J, et al. Angiosarcoma de mama postradioterapia ¿un tumor de importancia creciente? Rev. Sen. Patol. Mamaria 2007; 20 (2): 80-82.
- Li G, Fairweather M, Wang M, Orgill D, et al. Cutaneous Radiationassociated Breast Angiosarcoma Radicality of Surgery Impacts Survival. Ann. Surg. 2017; 265 (4): 814-820.
- Horisawa N, Adachi Y, Masaya M, Hattori M, et al. A case of radiation-associated angiosarcoma after breast cancer. Surg Case Rep. 2018; 4: 131.

No soy de aquí, ni soy de allá no tengo edad, ni porvenir y ser feliz es mi color de identidad

,,



/ Peralta Montes Susan² / Romero Analía² / Díaz Diego Luis³

# Palabras claves

Nevo lipomatoso cutáneo superficial, Hoffmann-Zurhelle, pápulas amarillentas.

# **Keywords**

Superficial cutaneous lipomatous nevus, yellowish papules.



Díaz Diego Luis E-mail: patologianqn@gmail.com Dirección: Entre Rios 738, Neuquén Capital Neuquén, Argentina Teléfono: (+54 0299) 4487349

# Nevo lipomatoso cutáneo superficial

**Nevus lipomatosus cutaneus superficialis** 

# Resumen

El nevo lipomatoso cutáneo superficial de Hoffmann-Zurhelle es una malformación hamartomatosa infrecuente, caracterizada por la presencia de tejido adiposo maduro a nivel de la dermis superficial. Las lesiones se desarrollan en las primeras tres décadas de la vida. Se presenta el caso de una paciente que consulta por pápulas amarillentas en flanco derecho y se realiza una revisión de la literatura.

# **Abstract**

Superficial cutaneous lipomatous nevus of Hoffmann-Zurhelle is rare hamartomatous malformation, characterized by the presence of mature adipose tissue at the level of superficial dermis. The lesions develop in the first three decades of life. We present the case of a patient who consults because of yellowish papules on the right flank. In adittion we made a review of the literature.

Educandonos. 2020; 6 (3): 12-14.

- <sup>1</sup> Médica Anatomopatóloga\*
- <sup>2</sup> Médica Dermatóloga\*\*
- <sup>3</sup> Médico Dermatopatólogo\*
- 🔾 \*Laboratorio Neuquino de Dermatopatología, Neuquén, Argentina.

# \*\*Cutral Có, Neuquén, Argentina.

# INTRODUCCIÓN

El nevo lipomatoso cutáneo superficial de Hoffmann Zurhelle es una malformación hamartomatosa infrecuente, caracterizada por la presencia de tejido adiposo maduro a nivel de la dermis superficial. La etiología es desconocida. Las lesiones pueden ser solitarias o múltiples, y se localizan preferentemente en glúteos, zona lumbosacra y muslos.

# CASO CLÍNICO

Paciente femenino, de 10 años de edad, que consulta por lesiones asintomáticas en flanco de un año de evolución. Al examen físico, a nivel del flanco derecho, se observó lesión constituida por numerosas pápulas amarillentas que confluyen formando una placa. (Fig.1)

El examen histológico mostró epidermis con leve acantopapilomatosis y pigmentación basal. A nivel de la dermis superficial y profunda se observó tejido adiposo maduro no encapsulado, que ocupa más del 50% de la dermis. El estroma que lo rodea no presenta alteraciones patológicas. Se realizó diagnóstico de nevo lipomatoso superficial. (Fig. 2)

# **COMENTARIOS**

Elnevo lipomatoso cutáneo superficial es una malformación hamartomatosa poco frecuente, caracterizada por la presencia de tejido adiposo maduro a nivel de la dermis superficial. El primer caso publicado fue en el año 1921 por Hoffmann y Zurhelle (1).

Existen dos formas de presentación clínica. La forma clásica está caracterizada por una lesión constituida por varios nódulos de coloración amarillenta y superficie lisa, que se agrupan constituyendo una placa, el aspecto es cerebriforme y de consistencia blanda. La lesión es unilateral, siendo la localización más frecuente la región lumbosacra, cadera, zona glútea y cara posterior de muslos. Puede presentar una distribución zosteriforme y desarrollarse en la superficie pelos gruesos y comedones (2-3).

La segunda forma de presentación es la solitaria. Puede desarrollarse en cualquier parte de la superficie corporal, especialmente en cuero cabelludo, cuello, espalda y axilas, en la forma de un fibroma pedículo. Para algunos autores, más que una variante de nevo lipomatoso superficial, estos casos se tratarían de fibrolipomas pediculados (2).



**Figura 1.** Se observan numerosas pápulas amarillentas que confluyen formando una placa.

Dios no juega a los dados con el universo



Albert Eisntein

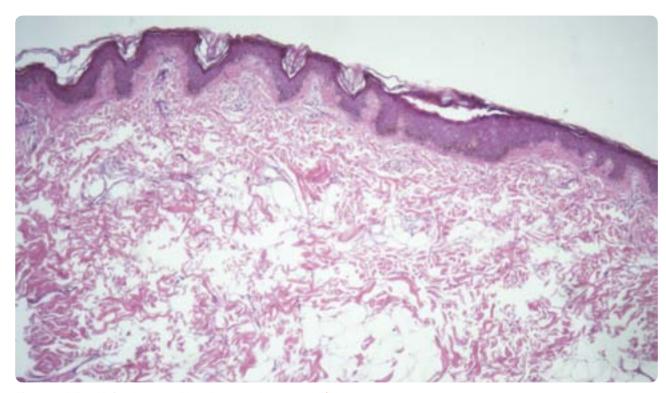


Figura 2. (HE-10X) Se observa tejido adiposo maduro a nivel dérmico.

Algunos autores consideran una forma clínica más extensa y profunda que compromete los pliegues de la piel y es muy poco frecuente, que se denomina "Sindrome del Bebé Michelin" (4).

Puede presentarse a cualquier edad, sin predominio de sexo, y la mayoría de los casos se han detectados en la segunda o tercera década de vida. (2, 5).

La etiología es desconocida y se han propuesto varias hipótesis. Se postula que podría deberse al desplazamiento del tejido adiposo subcutáneo hacia la dermis o cambios degenerativos con depósito posterior de grasa. También se propone que podría originarse a partir del tejido adiposo que rodea a las paredes de los vasos sanguíneos dérmicos (2, 6, 7).

Al microscopio el diagnóstico es sencillo. La característica fundamental es la presencia de tejido adiposo maduro en niveles superiores de la dermis, sin contacto con el tejido celular subcutáneo. Puede asociarse inflamación y los cambios epidérmicos son variables. Es importante notar que las formas localizadas suelen diagnosticarse como fibromas blandos (2).

En el diagnóstico diferencial se deben incluir los lipomas dérmicos y otras lesiones que producen metaplasia adiposa, como nevos melanociticos y neurofibromas. La hipoplasia dérmica focal de Goltz es un sindrome raro asociado al cromosoma X, que muestra tejido adiposo muy cerca de una epidermis atrófica, pero con una clínica diferente, con malformaciones associadas (3). El tratamiento es la extirpación quirúrgica por cuestiones estéticas.

# Referencias

- Hoffmann E, Zurhelle E. Uber einen naevus lipomatodes cutaneus superficialis der linken glutaalgegend. Arch Derm Syph. 1921; 130: 327-333
- Fleta Zaragozano J, Martín López J, Grasa Jordán MP, De Diego Pericas V, et al. Nevo lipomatoso superficial. Acta Pediatr Esp. 2007; 65(8): 413-415.
- Medell Gago M, Guerra-Guerra T, González-Pérez O, Concepción-Quiñones L. Nevo lipomatoso cutaneo superficial. Comunicación de casos incluyendo una presentación inusual asociada a lipoma gigante y lipomatosis difusa. Rev Esp Patol. 2017; 51 (1): 37-43.
- 4. Ross CM. Generalized folded skin with an underlying lipoma tous nevus: «the Michelin tire baby». Arch Dermatol. 1969; 100: 320-323.
- Morales AL, Zaballos P, Ros C, Grasa MP, et al. Nevus lipomatoso cutáneo superficial (Hoffmann-Zurhelle). Med Cutan Iber Lat Am. 2003: 31: 233-237.
- Reymond JL, Stoebner P, Amblard P. Nevus lipomatosus cutaneous superficiali. An electron microscopic study of four cases. *J Cutan Pathol*. 1980; 7: 295-301.
- Dotz W, Prioleau PG. Nevus lipomatosus cutaneous superficialis: A light and electron microscopic study. Arch Dermatol. 1984;120:376-379.



XYLITOL

**ADAPALENO** 

**NIACINAMIDA** 

EL ÚNICO ADAPALENO QUE MODULA EL MICROBIOMA





/ Candelo Paula Andrea<sup>1</sup>
/ Cagua Gonzalez Estefania<sup>1</sup>
/ Montoya Andrea Marcela<sup>1</sup>
/ Paz Argoty Lola Catalina<sup>2</sup>
/ Victoria Jairo<sup>3</sup>

# Palabras claves

Dactilolisis, pie, amputación, raza negra.

# Keywords

Fingerprint, foot, amputation, black race.



Cagua Gonzalez Estefania E-mail: caguagonza@hotmail.com Dirección: Cra. 37a ##3-29, Cali Valle del Cauca, Colombia Teléfono: (+57 2) 524 0007

# Ainhum presentación tipica de caso

# **Ainhum typical case presentation**

# Resumen

La dactilolisis espontánea o Ainhum es un cuadro poco común, que se presenta en regiones tropicales y se caracteriza por la estrangulación anular de los dedos del pie y en ocasiones se manifiesta de manera de bilateral. Se presenta un paciente masculino de 60 años de edad sin antecedentes de importancia, procedente de zona rural del Choco, Colombia; quien acude por cuadro clínico de 10 años de evolución que inició con aumento de volumen del cuarto dedo de ambos pies, desviación medial de la falange proximal y salida de secreción, el cual fue manejado en múltiples oportunidades con antibióticos y antimicóticos sin mejoría. Se le realizó un cultivo para hongos que reportó *Aspergillus niger* y una radiografía comparativa de pies que mostró ausencia de la parte distal de la falange proximal de cuarto dedo del pie derecho y ausencia de la base de la falange media de cuarto dedo del pie izquierdo.

# **Abstract**

Spontaneous dactylolysis or Ainhum is a rare disease, which occurs in tropical regions, is characterized by annular strangulation of the toes and sometimes manifests itself bilaterally. In the following case report, a 60-year-old male patient with no significant history was evaluated, from rural Choco, Colombia; who attended a clinical picture of 10 years of evolution that began with an increase in volume in the fourth toe of both feet, medial deviation of the proximal phalanx and discharge of secretion, which was managed multiple times with antibiotics and antifungal drugs without improvement. A fungal culture was reported that reported *Aspergillus niger* and a comparative foot x-ray that showed absence of the distal part of the proximal phalanx of the fourth toe of the right foot, absence of the base of the middle phalanx of the fourth toe of the left foot.

Educandonos. 2020; 6 (3): 16-19.

- <sup>1</sup> Médica General
- <sup>2</sup> Profesor Asistente
- <sup>3</sup> Profesor Asociado, Coordinador del Programa de Especialización en Dermatología
- 🗣 \*Programa de especialización en Dermatología. Universidad Libre, Seccional Cali, Colombia.

# INTRODUCCIÓN

La "dactilolisis espontanea", también llamada Ainhum es una entidad poco frecuente. Según las bases históricas la descripción fue dada por Messum en 1821, y finalmente fue bautizada por Da Silva Lima de Bahia (Brasil) en 1987 (1-3); su nombre se origina del termino *Ainhum* que significa "fisura" en el idioma de la tribu Nagos de Brasil y puede estar relacionada con la palabra "ayun" que significa "sierra" en la tribu Lagos de Nigeria.

Este tipo de patología se caracteriza por presentar una estrangulación anular (bandas constrictoras) de cualquiera de los dedos de los miembros inferiores que finaliza en amputación espontánea lo que se produce generalmente en el quinto dedo del pie y en ocasiones en el cuarto de manera bilateral (4).

Se ha descrito principalmente en mujeres y el cuadro muestra una tendencia a la predisposición geográfica (tropical) y ocurrencia familiar siendo más frecuente en pacientes de origen africano y de la india, además de afectar principalmente a la raza negra (5).

# CASO CLÍNICO

Paciente masculino de 60 años de edad, sin antecedentes de importancia, procedente de zona rural del Chocó (Colombia), con cuadro clínico de 10 años de evolución que inició con aumento de volumen en cuarto dedo de ambos pies, desviación medial de la falange proximal y salida de secreción, sin antecedente de trauma ni deformidad previa. Fue tratado en múltiples oportunidades con antibióticos y antimicóticos sin mejoría. En alguna oportunidad el cultivo para hongos evidenció *Aspergillus niger*.

Al momento del examen se constató que paciente tenía un fototipo VI y queratodermia plantar. A nivel de pies se evidenció la desviación medial del cuarto dedo del pie derecho (Figs. 1 y 2) y banda de constricción del cuarto dedo del pie izquierdo. (Fig. 3)

La radiografía comparativa de pies mostró ausencia de la parte distal de la falange proximal del cuarto dedo del pie derecho así como su desviación medial, también la ausencia de la base de la falange media del cuarto dedo del pie izquierdo y deformidad de la falange proximal del quinto dedo del pie derecho.



**Figura 1.** Imagen dorsal en la que se constata desviación medial del 4to dedo del pie derecho.

Hacer es la mejor manera de decir





Figura 2. Imagen plantar en la que se muestra la desviación medial del 4to dedo del pie derecho, además de queratodermia plantar.



Figura 3. Imagen dorsal en la que se evidencian desviación medial del 4to dedo del pie derecho y banda de constricción del 4to dedo del pie izquierdo.

# **COMENTARIOS**

El verdadero Ainhum o dactilolisis espontánea, es más común en el quinto dedo de los pies (6-7), su etiología es desconocida, se produce por la formación de una banda fibrótica radial localizada en la ranura flexural, que progresa hasta causar la automutilación espontánea.

Un cuadro clínico similar ocurre en el pseudoainhum que puede ser congénito o adquirido como fue observado en un caso publicado entre padre e hijo que presentaron diferentes tipos de constricción en banda. El pseudoainhum es secundario a una enfermedad primaria como lepra o esclerodermia (8).

Aunque se ha observado en niños, su presentación es poco común en menores de 30 años y mayores de 50 años. La raza y climas tropicales aparentemente son factores predisponentes (4).

Estos pacientes inician con constricción de la parte interna del pliegue digitoplantar hasta contornearlo, hay lesiones vasculonerviosas con infiltrados perivasculares y compromiso óseo. La enfermedad es indolora y de evolución lenta. Como consecuencia de la constricción, la parte distal del dedo toma el aspecto de una aceituna; internamente se produce la dactilolisis de la primera falange y finalmente el dedo queda dividido en dos

partes unidas entre sí por un pedículo. La extremidad distal se dobla hacia abajo y hacia afuera dificultando la marcha y traumatizándose fácilmente. Por esto los pacientes solicitan su amputación (9).

Los criterios para el diagnostico involucran tres condiciones: constricción de los tejidos blandos, agrandamiento bulboso de los dedos del pie y lisis de los huesos de la falange. Esta confirmación se puede hacer radiológicamente (10).

Histopatológicamente hay hiperqueratosis, paraqueratosis y acantosis asociadas a la presencia de numerosos fibroblastos. El infiltrado leucocitario es principalmente de linfocitos T, lo que sugiere la existencia de una respuesta inmune. Los anexos se encuentran reemplazados por tejido conectivo y hay aumento en la densidad de fibras colágenas. Las infecciones secundarias como las dermatofitosis pueden complicar el Ainhum y el equilibrio al caminar se puede ver afectado en caso de comprometer más de dos dedos (10).

El tratamiento que se plantea es el quirúrgico para las fases iniciales de la entidad, en particular con la técnica denominada Z-plastia, que implica la liberación de la base constrictora a través de una reparación en forma de Z posterior a la amputación quirúrgica (11).

# Referencias

- 1. Cole GJ. Ainhum: fifty-four patients whit special reference to etiology and treatment. J Bone Joint Surg Br. 1965; 47: 43-51.
- 2. Rague CJ, Stein KM, Lane JM. Pseudoainhum: constricting bands of the extremities. Arch Dermatol. 1972; 105: 434-438.
- 3. 3. Kerhisnok W, O'Donnell E, Wenig J, McCarthy DJ. The surgical patology of ainhum (dactylolysis spontanea). J Foot Surg. 1986; 25:
- 4. Van Zyl DA, Van Standen ML. Ainhum. S Afr Med J. 1984; 66: 107-108. 5. Greene JT, Fincher RM. Case report: ainhum (spontaneous
- dactylolysis) in a 65-year-old American black man. Am J Med Sci. 1992; 303 (2): 118-120.
- 6. Olivieri I, Piccirillo A, Scarano E, Ricciuti F, et al. Dactylolysis spontanea or ainhum involving the big toe. J Rheumatol. 2005; 32 (12): 2437-2439
- 7. Prabhu R, Kannan NS, Vinoth S, Praveen CB. Ainhum A Rare Case

- Report. J Clin Diagn Res. 2016; 10 (4): 17-18. Disponible en: https:// www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4866186/
- Rojas Lahitte Al, Mora Castillo NE, Hernanadez del Pino S. Dactilosis espontánea (Ainhum). Informe de caso. Revista de información científica. 2010. Disponible en: http:// www.revinfcientifica.sld.cu/ index.php/ric/article/view/468/864
- Velez I, Vargas J, Valencia C. Dactilosis espontánea o Ainhum. latrenia. 1992; 5 (6): 157-159. Disponible en: https://revistas.udea. edu.co/ index.php/ iatreia/ article/ view/ 3491/3253
- 10. Jakus JR. Ainhum. Treatment & Management. Medscape. 2017. Disponible en: https://emedicine.medscape.com/article/1074953-
- 11. Allyn B, Leider M. Dactylolysis spontanea (ainhum). Report of a case treated by the surgical procedure known as Z-plasty. JAMA. 1963; 25 (184): 655-657.

Lo verdadero es el todo



/ Gerez Eliana Maribel<sup>1</sup>
/ Ramallo Camila Anabel<sup>2</sup>
/ Gómez María Amalia<sup>3</sup>
/ Miraglia Eugenia<sup>4</sup>
/ Garritano María Victoria<sup>5</sup>
/ Maradeo María Roxana<sup>6</sup>

# Palabras claves

sífilis terciaria, nódulo sifilítico, lesión tumoral.

# **Keywords**

tertiary syphilis, syphilitic nodule, tumor lesion.



Gerez Eliana Maribel
E-mail: eli\_gerez@hotmail.com
Dirección: Calle 44 N°361
C.P. 1900, La Plata
Buenos Aires, Argentina
Teléfono: (+54 381) 526 9967

# Sífilis terciaria de presentación clínica inusual

**Tertiary syphilis with unusual clinical presentation** 

# Resumen

La sífilis es una enfermedad venérea, infectocontagiosa, causada por el *Treponema pallidum*. Sin tratamiento, evoluciona de forma crónica pasando por diferentes estadios: primario, latente temprano, secundario, latente tardío y terciario. La sífilis terciaria es poco frecuente, aunque esporádicamente se sigue reportando.

Presentamos un caso de sífilis terciaria cutánea de forma clínica tumoral, inusual, en un paciente masculino inmunocompetente atendido en nuestro

# **Abstract**

Syphilis is a venereal infectious disease caused by *Treponema pallidum*. Without treatment, it evolves chronically through different stages: primary, latent early, secondary, latent latent and tertiary. Tertiary syphilis is infrequent, although it continues to be reported sporadically.

We present a case of cutaneous tertiary syphilis in a tumoral clinical form, unusual, in an immunocompetent male patient treated in our service.

# Educandonos. 2020; 6 (3): 20-24.

- <sup>1</sup> Médica jefa de residentes de Dermatología
- <sup>2</sup> Médica residente de Dermatología
- <sup>3</sup> Médica residente de Dermatología
- <sup>4</sup> Médica instructora de residentes de Dermatología
- <sup>5</sup> Médica dermatóloga de planta. Jefa del área de Infecciones de transmisión sexual
- <sup>6</sup> Jefa del Servicio de Dermatología
- \* Servicio de Dermatología. Hospital Interzonal General de Agudos General José de San Martín de La Plata. La Plata, Buenos Aires, Argentina.

# INTRODUCCIÓN

La sífilis es una enfermedad infectocontagiosa, de transmisión principalmente sexual, causada por la espiroqueta *Treponema pallidum*. Sin tratamiento, puede evolucionar de forma crónica pasando por sus distintos estadios: primario, secundario, latente y terciario. La sífilis terciaria (ST) ocurre en hasta el 30% de los casos no tratados y puede manifestarse como sífilis terciaria benigna, sífilis cardiovascular y neurosífilis. Dichas formas del terciarismo son extremadamente inusuales en la actualidad (1).

# **CASOS CLÍNICOS**

Paciente de sexo masculino de 69 años de edad, sin antecedentes personales de relevancia, que consultó por lesión tumoral en región inguinal izquierda de aproximadamente 8 meses de evolución, de crecimiento progresivo y asintomático.

Al examen físico presentaba una lesión tumoral ovalada, de 20 cm x 15 cm de diámetro en la región inguinal izquierda, eritematoviolácea, de superficie ligeramente atrófica y erosionada, de fondo granulante, y base infiltrada. Su consistencia era duro-elástica, y estaba adherida a planos profundos (Fig. 1). No presentaba lesiones en el resto del tegumento, y no se acompañaba de síntomas sistémicos. Con sospecha clínica de enfermedad neoplásica, se realizó biopsia incisional de la lesión para estudio histopatológico, donde se observó un infiltrado inflamatorio compuesto por linfocitos y abundantes plasmocitos en dermis superficial, con granulomas caseificantes y no caseificantes en dermis reticular. Sin compromiso de hipodermis (Fig. 2 A y B). Las tinciones de PAS, Grocott, Ziehl-Neelsen y Warthin-Starry resultaron negativas así como tambien las técnicas de inmunohistoquímica (CD 3 y CD 20). Los histocultivos para gérmenes comunes, BAAR, micobacterias atípicas y hongos también fueron negativos.

Además, se solicitó laboratorio de rutina que resultó dentro de parámetros normales, con serologías para HIV, virus de hepatitis B, hepatitis C y VDRL negativos. Por el resultado de la histología se solicitó FTA abs, la cual fue positiva.

Se arribó entonces al diagnóstico de sífilis terciaria, y se descartó compromiso sistémico luego de realizar una



**Figura 1.** Nódulo sifilítico pseudotumoral en región inguinal izquierda.

El hombre es la medida de todas las cosas

,,

Protágoras

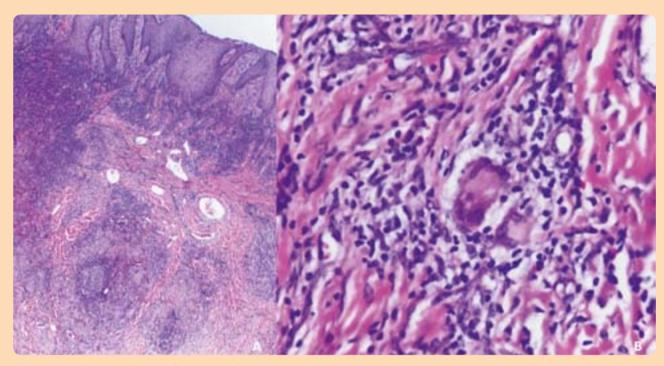


Figura 2. A) (HE-40x) Infiltrado inflamatorio linfoplasmocitario en dermis superficial, con granulomas caseificantes y no caseificantes

B) (HE-100x) Infiltrado plasmocitario y células gigantes multinucleadas.



Figura 3. A) Mejoría clínica de la lesión luego de la segunda dosis de Penicilina.

B) Cicatriz residual al finalizar el tratamiento.

evaluación neurológica con punción lumbar, cardiológica, oftalmológica, y ósea.

Se instauró tratamiento con 3 dosis de Penicilina G Benzatínica 2.400.000 UI semanales por vía intramuscular, con rápida involución de la lesión y curación con cicatriz residual (Fig.3 A y B).

# **COMENTARIOS**

La sifilis se clasifica en temprana (sífilis primaria, secundaria y latente temprana) cuando se diagnostica en el plazo de un año desde el contagio, y tardía (sífilis latente tardía y terciaria), si se diagnostica después. Esta división tiene importancia epidemiológica por la posibilidad de transmisión de la enfermedad, ya que el contagio se produce en las formas precoces a través de las lesiones cutáneo-mucosas, mientras que las formas tardías no contagian (2). En la mayoría de los casos el contagio es por vía sexual, o transplacentaria. La ST ha disminuido de forma drástica por el uso de la penicilina como tratamiento en las etapas tempranas. Sin embargo, en los últimos 20 años aún continúa la publicación de casos esporádicos (3). Además, su prevalencia es incierta debido a la falta de sistemas fiables para informar los últimos estadios de esta enfermedad. Se estima que alrededor del 25- 30% de los pacientes con sífilis primaria no tratada o tratada de modo incompleto o inadecuado, desarrollarán síntomas de sífilis terciaria (1, 4).

Las manifestaciones clínicas del terciarismo pueden aparecer entre 1 y 30 años después de la infección primaria, y se debe tener presente que en los pacientes portadores de HIV puede existir una progresión acelerada, de incluso meses (5-8).

Clínicamente, puede existir compromiso mucocutáneo, cardíaco, oftálmico, neurológico u óseo (2). Sus manifestaciones clínicas son heterogéneas, al igual que en los otros estadios, motivo por el cual Sir William Osler caracterizó a la enfermedad como "la gran simuladora", término que continúa vigente hasta la actualidad (2, 7, 9).

El compromiso cardiovascular afecta clásicamente a la aorta torácica ascendente, con aortitis e insuficiencia de dicha válvula. (6, 10).

La afectación del sistema nervioso central o neurosífilis debe descartarse siempre mediante la punción lumbar, va que ésta puede ser asintomática hasta en el 25% de los casos, o producir parálisis general progresiva, tabes dorsal, entre otras (6, 10).

La piel es el órgano más comprometido, hasta en un 70%, y las lesiones se clasifican en 2 tipos principales: gomas, con afectación de hipodermis y tubérculos, con afectación sobre todo a nivel de la dermis (3. 4. 11). Ambos tipos de lesiones representan reacciones inflamatorias, no infecciosas que no suelen contener espiroquetas en su interior (11). Los gomas se presentan como nódulos subcutáneos profundos indurados, asintomáticos, con tendencia a la ulceración y posterior drenaje de material necrótico. También existe la forma nodular, que es rara, y se presenta como nódulos indurados más superficiales, múltiples, eritematosos y asintomáticos, de tamaño variable, y en cualquier localización. Pueden encontrarse aislados o formando placas, con predilección por la cara, las extremidades y el área interescapular (4). Nuestro paciente presentó esta forma nodular única y localizada en ingle, de grandes dimensiones, no publicada a la fecha una manifestación clínica similar.

En las últimas décadas se han publicado casos de sífilis terciaria que simulaban otras patologías, tales como psoriasis, enfermedad de Bowen, granuloma anular, sarcoidosis, lupus discoide, pioderma gangrenoso, lepra, tiña corporal, pseudolinfoma, tuberculosis

La sífilis es una enfermedad infectocontagiosa, de transmisión principalmente sexual, causada por la espiroqueta *Treponema pallidum*.

verrucosa, leishmaniasis, esporotricosis, entre otras (1). Algunas de las últimas publicaciones de ST de presentación cutánea atípica corresponden a Drago et al, quienes describen un caso símil paniculitis lipoatrófica, y a Schliemann et al quienes muestran a un paciente con una placa ulcerada serpiginosa (12, 13). Sin embargo, existen pocos casos publicados similares al nuestro, de presentación pseudotumoral, como el descripto por Benzaquen et al en el que se decribió un paciente de 69 años de edad, con una lesión en cara, de tipo nodular, de 10 años de evolución con histología compatible con ST, VDRL negativa y prueba treponémica positiva con excelente evolución luego de instaurado el tratamiento penicilínico (14).

El diagnóstico de ST se realiza a través de la clínica, antecedentes del paciente, serología e histopatología compatibles (15). Deben realizarse siempre los exámenes complementarios correspondientes para descartar el compromiso a nivel sistémico (1, 16). Las serologías consisten en pruebas no treponémicas (RPR y VDRL), y las pruebas treponémicas confirmatorias, que detectan los anticuerpos específicos, como la prueba de absorción del anticuerpo treponémico fluorescente (FTA-Abs) (9, 15). Sin embargo, en la sífilis tardía las pruebas no treponémicas pueden presentar resultados negativos hasta en el 30% de los casos, como lo sucedido con nuestro paciente, o ser positivas a títulos

bajos. Este hecho puede retrasar el diagnóstico. En contraste, las pruebas treponémicas resultan positivas en un 96% de los casos (4, 10).

La histopatología del terciarismo en la forma nodular, presenta abundante infiltrado plasmocitario en dermis superficial y profunda, con formación de granulomas tuberculoides. En cambio, en el goma ocurre una importante necrosis, rodeada de numerosas células gigantes y denso infiltrado inflamatorio, compuesto por linfocitos y plasmocitos que se extiende hasta el tejido celular subcutáneo (1, 4).

La penicilina G benzatínica continúa siendo el estándar de oro para su tratamiento. La dosis recomendada es de 2.400.000 UI por semana, intramuscular, durante 3 semanas, reservándose la vía endovenosa para cuando existe compromiso neurológico (4, 8, 16). Se presenta un caso extremadamente inusual, tanto por su frecuencia en esta etapa de la enfermedad, como por la particularidad de su presentación clínica. Existe actualmente una falta de familiaridad con los aspectos clínicos e histológicos del terciarismo, más aún en sus presentaciones atípicas, por lo que se requiere de una alta sospecha, que deberá confirmarse mediante serologías e histología. Dicho diagnóstico permitirá instaurar un tratamiento adecuado y descartar el compromiso a nivel sistémico.

# Referencias

- Garritano MV, Jaurigoity ME, Maradeo MR, Rafti P, et al. Sífilis terciaria cutánea: una gran desconocida. Arch Arg Dermatol. 2008; 58: 97-103
- Fich F. Diagnóstico y tratamiento de la Sífilis. Dermatol Argent. 2008; 14 (3): 182-190
- Pereira TM, Fernandes JC, Vieira AP, Basto AS. Tertiary syphilis. Int J Dermatol. 2007; 46: 1192- 1195.
- Semblano Bittencourt MJ, Cardoso de Brito A, Macedodo Nascimento BA, Haver Carvalho A, et al. Nodular tertiary syphilis in an immunocompetent patient. An Bras Dermatol. 2016; 91 (4): 528-530.
- Revathi TN, Bhat S, Asha GS. Benign nodular tertiary syphilis: a rare presenting manifestation of HIV infection. *Dermatol Online J.* 2011; 17: 5.
- Gjestland T. The Oslo study of untreated syphilis: an epidemiologic investigation of the natural course of the syphilitic infection based upon a study of the Boeck- Bruusgard material. Acta Derm Venereol Suppl. 1955; 35: 3-368.
- Rocha N, Horta M, Sanches M, Lima O, et al. Syphilitic gummacutaneous tertiary syphilis. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2004; 18 (4): 517-518.
- 8. Charlton OA, Puri P, Davey L, Weatherall C et al. Rapid progression to gummatous tertiary syphilis in a patient with HIV. Australas J

- Dermatol. 2019; 60 (1): 48-50.
- Vera I, Fernández PP, Leiro V, Bermejo A. Chancros sifilíticos en el nuevo milenio: 217 (casos) razones para pensar en sifilis. Rev Argent Dermatol. 2013; 18 (6): 442-451.
- Carrada Bravo T. El diagnóstico de laboratorio de la sífilis. Rev Mex Patol Clin. 2003; 50 (2): 82-96.
- Masege SD, Karstaedt A. A rare case of a chronic syphilitic gumma in a man infected with human immunodeficiency virus. *J Laryngol Otol.* 2014; 128 (6): 557-560.
- Drago F, Ciccarese G, Tomasini CF, Calamaro P, et al. First report of tertiary syphilis presenting as lipoatrophic paniculitis in an immunocompetent patient. *Int. J. STD AIDS*. 2016; 28 (4): 408- 410.
- Schliemann S, Tittelbach J, Elsner P. Tubero-ulcero-serpiginous Syphilid in Tertiary Syphilis. Dtsch Arztebl Int. 2018; 115 (44): 750.
- Benzaquen M, Horreau C, Koeppel MC, Berbis P. A pseudotumoral facial mass revealing tertiary syphilis. *Clin Exp Dermatol*. 2017; 42 (6): 714-716
- Díaz J. Vigilancia epidemiológica de sífilis y gonorrea. Rev Chil Infectol. 2013; 30 (3): 303-310.
- Watts PJ, Greenberg HL, Khachemoune A. Unusual primary syphilis: presentation of a likely case with a review of stages of acquired syphilis, its differential diagnoses, management, and current recommendations. *Int J Dermatol.* 2016; 55 (7): 714-728.

# **C**assará

Vocación científica. Compromiso social.

# LA LÍNEA MÁS COMPLETA DE ANTIBIÓTICOS EN PEDIATRÍA



**AMOXOL** 

**AMOXICILINA** 



AMOXICILINA







CEFADROX CEFADROXILO













SANIBIOTIC CEFALEXINA



COMPROMISO SOCIAL DEL LABORATORIO CASSARÁ



/ Hortazo Mariela Andrea<sup>1</sup> / Medina María Cecilia<sup>2</sup> / Vornetti Silvia<sup>3</sup> / Schejtman Adrián Alejandro<sup>4</sup>

# Palabras claves

lepra lepromatosa, estado reaccional, fenómeno de Lucio, lepra de Lucio.

# **Keywords**

Lepromatous Leprosy, Reactional State, Lucio Phenomenon, Lucio's Leprosy.



Hortazo Mariela Andrea E-mail: mariehortazo@yahoo.com.ar / info@centrodepiel.com (Adrián Schejtman) Dirección: Av. Pte Perón 2311, San Miguel Buenos Aires, Argentina Teléfono: (+54 011) 4451-5830

# Fenómeno de Lucio

**Lucio's Phenomenon** 

# Resumen

El Fenómeno de Lucio, también conocido como "Eritema necrotizante" es un estado reaccional leproso tipo II, muy infrecuente en nuestro medio. Ocurre en pacientes con lepra BL y LL, como forma de inicio de la enfermedad, intratratamiento o una vez finalizado el mismo. La patogenia exacta no ha sido dilucidada, siendo la anoxia vascular, el mecanismo básico causante de la necrosis. Puede considerarse como una vasculitis granulomatosa necrotizante. Se presenta un caso diagnosticado en nuestro Servicio y se plantea la diferencia entre éste y Lepra de Lucio. Se realiza la revisión bibliográfica de esta entidad nosológica.

# Abstract

Lucio's Phenomenon, also known as necrotizing erythema is a very rare type II leprosy reaction condition in our midst. It occurs in patients with leprosy BL and LL, as onset form of the disease, intra-treatment or after completion thereof. The exact pathogenesis is unclear, with vascular anoxia, the basic mechanism causing necrosis. It can be considered as a necrotizing granulomatous vasculitis. A case of FL diagnosed in our department is presented and the difference between this and Lucio's Leprosy arises. The literature review of this entity is performed.

Educandonos. 2020; 6 (3): 26-33.

- <sup>1</sup> Médica dermatóloga\*
- <sup>2</sup> Médica dermatóloga\*\*
- <sup>3</sup> Médica patóloga, Jefa del Servicio de Patologia\*
- <sup>4</sup> Médico dermatólogo, Jefe de Servicio Dermatología\*
- \*Servicio de Dermatología, Hospital Municipal "Dr. Raúl F. Larcade", Buenos Aires, Argentina.
  \*\*Hospital Nacional Baldomero Sommer.

# INTRODUCCIÓN

El Fenómeno de Lucio (FLu) es un estado reaccional leproso de tipo II, infrecuente en regiones donde la Lepra de Lucio (LLu) no es endémica.

La patogenia exacta no está clara, probablemente se desarrolla debido a insuficientes mecanismos de defensa, que permiten la multiplicación de bacilos sin restricción.

Las lesiones clásicas son placas eritematosas y dolorosas, que evolucionan a purpúricas, para luego ulcerarse y necrosarse y en su evolución finaliza con una cicatriz atrófica estrellada. Su distribución más frecuente afecta piernas, muslos, glúteos y antebrazos, respetando tronco y cara (25%).

# **CASO CLÍNICO**

Paciente masculino, de 48 años de edad, oriundo de la provincia de Misiones, Argentina, trabajador al aire libre en el campo, durante varios años, con antecedentes personales de epiteliomatosis múltiple tratadas quirúrgicamente, que ingresa por guardia con facies leonina, úlceras vasculares necróticas en extremidades superiores e inferiores (Figs.1 y 2), lesión tuberculoide en codo izquierdo (de la cual se tomó muestra para biopsia).

La histopatología (2005B-058389) informó Enfermedad de Hansen Lepromatosa (Figs.3, 4 y 5). Se inició tratamiento con terapia multibacilar OMS, durante 12 meses, y Meprednisona 20 mg/día que permitió lograr el control de las lesiones (Figs.6 y 7), y progresivamente se consiguió remisión completa del proceso (cicatrización estrellada) (Fig.8), sin aparición de nuevas lesiones. Se perdió contacto con el paciente, quedando pendiente realización de baciloscopía de control.

# **COMENTARIOS**

El Fenomeno de Lucio (Flu) es un estado reaccional leproso tipo II, especificamente asociada con la Lepra de Lucio (Llu), aunque no exclusivamente.

Clinicamente se presenta como múltiples lesiones ulcerosas, bien definidas, cortadas a pico, de aspecto purpúrico, que progresan de modo ascendente comprometiendo la extremidad inferior.

La anoxia, mecanismo patogénico causante de necrosis



Figura 1. Facies infiltrada.

Cada hombre es lo que hace con lo que hicieron de él



Jean Paul Sartre



Figura 2. Lesiones necróticas en piernas.

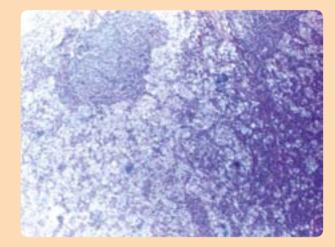


Figura 3. (HE 4X) Ganglio linfático y reemplazo de la arquitectura por histiocitos.

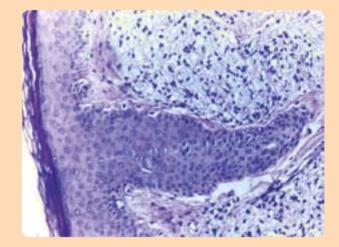


Figura 4. (HE 4X) Infiltración de dermis papilar por histiocitos.

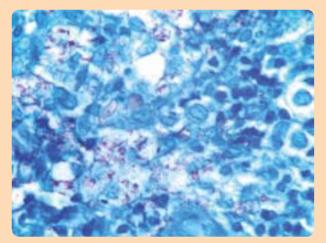


Figura 5. (Ziehl-Neelsen 40X) Bacilos Mycobacterium Leprae positivos en ganglios linfáticos.

La patogenia exacta no ha sido dilucidada, siendo la anoxia vascular, el mecanismo básico causante de la necrosis.



Figura 6. Evolución de las lesiones. Intra tratamiento

en el FLu, puede deberse a la proliferación de células endoteliales con oclusión de la luz y parasitación del endotelio. Debido a que el FLu puede considerarse como una vasculitis necrotizante, las lesiones clásicas pueden presentarse como placas rojas dolorosas, que se convierten en purpúricas, se ulceran y necrosan, cicatrizando con atrofia estrellada.

Su distribución más frecuente afecta piernas, muslos, glúteos y antebrazos, respetando tronco y cara. Se ha descripto anestesia en "guante y media", fiebre, anemia microcítica, hipoalbuminemia, hipocalcemia, esplenomegalia, linfadenopatía, glomerulonefritis y gammapatía monoclonal (1-3).

Los cambios microscópicos observados son necrosis isquémica de la epidermis, vasculitis necrotizante de pequeños vasos en dermis superior, oclusión de vasos dérmicos profundos por proliferación del endotelio y la invasión de células endoteliales por bacilos acidoalcohol resistentes, diferenciándose de esta manera, del eritema nudoso leproso (ENL), en el cual la vasculitis no desempeña un papel principal (1, 2). Otros cambios descriptos son proliferación y movilización de polimorfonucleares e histiocitos. La microscopía electrónica es característica en la determinación de la morfología del M. Leprae en el FLu, mediante la cual se observa un citoplasma electrón-denso delimitada por una membrana trilaminar.



Figura 7. Evolución de las lesiones. Intra tratamiento



Figura 8. Secuelas cicatrizales estrelladas. Post tratamiento

Los linfocitos T han sido estudiados con anticuerpos monoclonales y por técnica de inmunoperoxidasa, lo que permite ver una distribución difusa en la periferia del granuloma en número y patrón similares a lo que ocurre en los tejidos leprosos no reaccionales, lo que sugiere que el FLu es una respuesta inflamatoria. La demostración del depósito de IgG y fracción C3 en la pared de los vasos dérmicos y la presencia de inmunocomplejos circulantes (ICC) sugieren que, tanto FLu como ENL, están mediados por estos ICC. Lo que aún no queda claro es la relación entre estas dos entidades, considerándose la posibilidad que FLu sea la variante necrotizante del ENL. Las endotoxinas bacterianas, el stress y el invierno pueden provocar la exacerbación de tales episodios, mientras otros autores sugieren un bloqueo reticuloendotelial o una forma de vasculitis neutrofílica, el daño vascular que provoca la invasión masiva del M. Leprae o, bien, que la administración de la terapia multidroga pueda ser la responsable del inicio de la respuesta inmune durante el episodio (4). Al respecto, Azulay-Abulafia y col. sostienen que el FLu ocurre sólo en el contexto de la LLu. Excepcionalmente hay casos que no se asocian a ésta, como ocurre en nuestro caso. Sus manifestaciones cutáneas y su histopatología son interpretadas por algunos autores como una condición trombótica u oclusiva, mientras que otros las consideran una vasculitis leucocitoclástica. Su similitud con el Síndrome de anticuerpos antifosfolípidos (SAAF) obliga a investigar la relación entre ambos, sugiriendo que el FLu debe ser considerado SAAF secundario a LLu (5).

El diagnóstico diferencial incluye: vasculitis cutáneas (vasculitis leucocitoclásticas, pioderma gangrenoso, síndrome de anticuerpos antifosfolipídicos, coagulación intravascular diseminada), infecciones (variante ulcerosa de lupus vulgar, por micobacterias atípicas, micóticas, fascitis necrotizante, sífilis terciaria, micosis profundas), vasculopatías resultantes de paraproteinemias (ej: mieloma, crioglobulinemia), úlcera venosa o arterial, y condiciones malignas como carcinoma de células escamosas (3, 6).

La Lepra de Lucio es endémica en Méjico y Caribe, pero también se ha observado en Brasil, Argentina, Sudáfrica, Paraguay, Portugal, Francia, Japón y España, como casos aislados.

Consiste en un infiltrado cutáneo difuso, que se caracteriza por engrosamiento de la piel, lesiones purpúricas en manos y pies, zonas de telangiestasias eruptivas, perforación del tabique nasal, pérdida de vello corporal (excepto en cuero cabelludo) con alopecia total de cejas y pestañas, como primer signo, pérdida sensitiva generalizada, nódulos subcutáneos firmes palpables pero no visibles, habitualmente sin afectación ocular. Similar prevalencia en ambos sexos, con una edad promedio al momento del diagnóstico de 34 años (7, 8).

En función de la historia y la nomenclatura, Lucio y Alvarado, en 1852 publicaron una reacción cutánea necrótica en un paciente portador de lepra, interpretada, por los cambios concomitantes de la neuropatía periférica, la pérdida de cejas y el compromiso nasal, como parte de ésta. También describieron la ausencia de lesiones dérmicas nodulares, así como la mortalidad asociada (8, 9).

Latapí y Zamora establecieron que la necrosis es resultado del compromiso vascular y, que la ausencia de lesiones nodulares es debida a que forma parte del infiltrado lepromatoso difuso. También postularon el buen pronóstico al implementar terapia con dapsona. Ellos denominaron a esta reacción necrótica como "Fenómeno de Lucio" o "eritema necrotizante" v a la infiltración lepromatosa difusa como "lepromatosis difusa pura y primitiva", más tarde conocida como "Lepromatosis de Latapí", resolviendo el conflicto en el que ambos procesos presentaban denominaciones similares, como FLu y LLu, respectivamente (9, 11).

El Fenómeno de Lucio, también conocido como "Eritema necrotizante" es un estado reaccional leproso tipo II, muy infrecuente.

# **Cuadros y Gráficos**

# **LEPRA REACCIONAL**

Modalidad clínica de presentación aguda o subaguda, de orden local o general, expresión de diversos fenómenos inmunológicos que ocurren en el curso de la enfermedad. Puede generar diversas complicaciones y/o conducir a secuelas como: mal perforante, úlceras tróficas, garra cubital, mano péndula, stepagge, amputaciones.

### REACCIÓN TIPO I

Pacientes con lepra BB, BT y TT (polos de mayor resistencia)

Fisiopatogenia: Respuesta celular tipo Th1, formando parte de un mecanismo de hipersensibilidad celular retardada. Puede ser descendente o ascendente de acuerdo se asocie con descenso u ascenso de la inmunidad celular respectivamente.

Clínica: Presenta gran espectro semiológico, forma upgranding o downgranding. Upgranding: Algunas o todas las lesiones cutáneas preexistentes se hacen más prominentes, edematosas, eritematosas brillantes, infiltradas, caliente, pudiendo aparecer ulceraciones y necrosis. Puede haber fiebre y mal estar general. Compromiso neurológico frecuente. Dwongranding: lesiones similares que en upgranding, con menor eritema y edema, en pacientes vírgenes de tratamiento, o tratamiento discontinuo.

Tratamiento: Oportuno y eficaz puede retrogradar. AINES o corticoides en dosis altas de acuerdo a la existencia de compromiso general y neural.

# REACCIÓN TIPO II

Pacientes con lepra BL y LL (polos de menor resistencia)

Fisiopatogenia: Mediada por inmunidad humoral como consecuencia de un choque Aq- Ac. Estos IC no pueden ser aclarados por vía renal ni fagocitados depositándose en las paredes vasculares.

Clínica: Eritema nodoso (E.N): elemento clínico más importante, a diferencia de otras etiologías puede observarse elementos en todo el tegumento y ulcerarse algunos de ellos; Eritema polimorfo y; Fenómeno de Lucio. Las lesiones dermatológicas pueden acompañarse de manifestaciones en otros órganos y sistemas: neuritis, iridociclitis, artritis, orquiepidedimitis, adenitis, etc.

**Tratamiento:** Talidomida en E.N y Corticoides.

No existe un protocolo de tratamiento específico, siendo los esteroides sistémicos el tratamiento de elección, al igual que en nuestro paciente, en quien se logró el control del proceso, pero también se describen como alternativas el esquema multidroga OMS, clofazimina, talidomida y plasmaféresis (4, 12, 13). Algunos autores consideran al FLu como un episodio dentro del transcurso de la evolución de la LLu, lo que puede ocurrir en algunas zonas donde la LLu es muy frecuente, como Centroamérica y el sudeste asiático. Pero ambos

términos no son sinónimos ni se relacionan íntimamente. Esta diferenciación fue definitivamente propuesta en el año 2005 por Rea y Jerskey, proponiendo el nombre de "Lepra de Latapí" para la LLu, quedando dilucidada la confusión que ocasionaban dichos términos, considerándose al FLu un estado reaccional, tipo II (7). La presentación del cuadro en nuestro paciente como una verdadera emergencia médica precipitó su internación en la guardia destacando nuestra función de dermatologos como interconsultores.

# Clasificación de lepra

# **CLASIFICACION DE MADRID**

Dos tipos: Lepromatoso y Tuberculoide.

Dos grupos: Indeterminado y Borderline.

# **CLASIFICACION DE RIDLEY Y JOPLING**

LLp: Lepromatoso polar

LLs: Lepromatoso subpolar

BL: Borderline - Lepromatoso

BB: Borderline - Borderline

BT: Borderline - Tuberculoide

TTs: Tuberculoide subpolar

TTp: Tuberculoide polar

El polo de resistencia inmunológica aumenta del polo LL al TT

# **CLASIFICACION DE LA OMS**

Dos formas clínicas: Paucibacilares y Multibacilares

# Referencias

- 1. Wolff, Goldsmith, Katz, Gilchrest, Paller, Leffell, Fitzpatrick Dermatologia en Medicina General. Argentina. Editorial Médica Panamericana 2010, 3:1786-1796.
- 2. Hospital Nacional Dr. Baldomero Sommer. Area programática. Leprologia Elemental. 2004: 61.
- 3. Kaur C, Thami G and Mohan H. Lucio phenomenon and Lucio Leprosy. Clin. Exp. Dermatol. 2005; 30: 525-527.
- 4. Sehgal V. Lucio's phenomenon/erythema necroticans. Int. J. Dermatol. 2005; 44, 602-605.
- 5. Azulay-Abulafia L, Pereira Spinelli L, Hardmann D, Kawa Kac B, et al. Lucio-Phänomen. Vaskulitis oder okklusive Vaskulopathie?. Hautarzt. 2006: 57:1101-1105.
- 6. Aranegui B, Abalde T, Peón G, Alvarez-Álvarez C, et al. Lucio's phenomenon after childbirth. Int. J. Dermatol. 2014; 53 (2): 27-29.
- Nunzie EL, Ortega Cabrera LV, Macanchi Moncayo FM, Ortega Espinosa PF, et al. Lucio Leprosy with Lucio's phenomenon, digital gangrene and anticardiolipin antibodies. Leprosy Rev. 2014; 85 (3): 194 -200.

- 8. Pai VV, Athanikar S, Naveen KN, Sori T, et al. Lucio phenomenon. Cutis. 2014; 93 (2): 12-14.
- 9. Rea T, Jerskey R. Clínical and histologic variations among thirty patients with Lucio's Phenomenon and pure and primitive diffuse lepromatosis (Latapi's Lepromatosis). Int. J. Lepr. Other. Mycobact. Dis. 2005; 73 (3): 169-188.
- 10. Lucio R, Alvarado Y. Opúsculo sobre el Mal de San Lázaro o Elefantiasis de los Griegos. Reproducido en González Urueña, I.L.A.: Lepra en México. Edif. El Ateneo; Buenos Aires; 1941: 199-234.
- 11. Latapi F, Chévez-Zamora A. The "spotted" leprosy of Lucio: an introduction to its clinical and histological study. Int J Lepr. 1948; 16:
- 12 Ministerio de Salud, Presidencia de la Nación, Instituto Nacional de Parasitología. Administración Nacional de Laboratorios e Instituto de Salud. Pautas sobre prevención, diagnóstico y tratamiento de la lepra. 2013: 62.
- 13. Olivares L, Pizzariello G, D'Atri G, Martínez A, et al. Lepra reaccional. Dermatol Arg. 2009; 15 (2): 125-130.



**ANAGEN** 

MINOXIDIL 5%

**ESPUMA** 

Cont. neto 60 g

Industria Argentina

Cassará

# ANAGENESPUMA MINOXIDIL 5%

TECNOLOGÍA EN REGENERACIÓN CAPILAR

Fórmula con ÁCIDO LÁCTICO (AHA): Promoviendo la exfoliación natural de la piel para ayudar a mantener abiertos los folículos capilares, potenciando la penetración del Minoxidil.

Fórmula con GLICERINA: Ayudando a mantener el cuero cabelludo hidratado, aportando suavidad.

La mejor cosmética sin dejar residuo graso.

Su innovadora fórmula crea un microambiente que protege el folículo piloso y revitaliza el bulbo capilar.

Puede usarse con el pelo teñido o tratado químicamente.

O Fácil de usar.

ANAGEN ESPUMA, TODOS LOS DÍAS APORTA **VISIBLEMENTE FUERZA, VOLUMEN** Y VITALIDAD CAPILAR.













# Autor

/ García Virginia¹ / Corball Melisa Valeria¹ / Pascualini María Florencia² / Ruiz Lascano Alejandro³ / Kurpis María⁴

# Palabras claves

leiomiosarcoma, sarcoma, tumor maligno cutáneo.

# **Keywords**

leiomyosarcomas, sarcoma, cutaneous malignant neoplasm.



García Virginia E-mail: virginiagarciatosello@gmail.com Dirección: Naciones Unidas 346 Córdoba, Argentina Teléfono: (+54) 0351 468 8200

# Leiomiosarcoma cutáneo

**Cutaneous leiomyosarcoma** 

# Resumen

Los leiomiosarcomas son neoplasias malignas que derivan del músculo liso. Debido a que su incidencia es baja, se efectuará una revisión de esta patología a partir del caso clínico de un paciente de 69 años de edad con diagnóstico de leiomiosarcoma primario. Sobre todo, se revisarán las características clínicas e histológicas, los diagnósticos diferenciales, el pronóstico así como las principales alternativas terapéuticas, siendo la cirugía escisional la primera que se debe plantear.

Teniendo en cuenta que se trata de una patología maligna, se resalta su probabilidad de metastatizar y recurrir, por lo que es importante un seguimiento adecuado del paciente.

# **Abstract**

Leiomyosarcomas are malignant neoplasms that derive from smooth muscle. Due to its low incidence we will review this pathology by presenting a 69-year-old patient with a diagnosis of primary Leiomyosarcomas. In turn, we will review the clinical and histological characteristics of this pathology, differential diagnoses and prognosis, reviewing the main therapeutic alternatives, being the excisional surgery the first choice.

Taking into account that it is a malignant pathology, we highlight its probability of metastasizing and resorting. Therefore, a proper patient follow-up is important.

Educandonos. 2020; 6 (3): 36-41.

- <sup>1</sup> Médicas Residentes de Dermatologia. Alumnas de la Carrera.
- <sup>2</sup> Médica de Planta. Docente de la Carrera.
- <sup>3</sup> Jefe del Servicio de Dermatología. Director de la Carrera.
- <sup>4</sup> Jefa del Servicio de Patología
- \*Servicio de Dermatología. Hospital Privado Universitario de Córdoba, Argentina. Carrera de posgrado de la Universidad Católica de Córdoba.

# **INTRODUCCIÓN**

El leiomiosarcoma (LMS) es un tumor maligno que deriva del músculo liso. De acuerdo a su origen, se lo clasifica en cutáneo y subcutáneo. Representa aproximadamente el 3% de todos los sarcomas de tejidos blandos. El LMS cutáneo tiene una prevalencia máxima entre la quinta a séptima década de la vida y es más frecuente en hombres, mientras que el LMS subcutáneo se presenta entre la quinta y octava década sin predilección de sexo. Se localiza con mayor frecuencia en extremidades, y se presenta por lo general como un nódulo comúnmente < 3 cm. Requiere un manejo multidisciplinario y se considera la escisión local como la terapia más adecuada.

Debido a que su incidencia es baja, creemos que resulta importante conocer esta patología y su manejo con un caso clínico.

# **CASO CLÍNICO**

Paciente masculino de 69 años de edad con antecedentes patológicos de hipertensión arterial, diabetes tipo 2, gastritis y dislipemia (recibía medicación para estas) que consultó por lesión dolorosa en brazo derecho de 4 meses de evolución.

Al examen físico se observó tumoración eritematosa, de consistencia dura < 1 cm de diámetro con bordes definidos, muy dolorosa al tacto y sin presentar adenopatías palpables u otros signos y síntomas acompañantes (Fig. 1).

A la dermatoscopía se objetivó lesión tumoral hipomelanótica con polimorfismo vascular (Fig. 2).

Teniendo en cuenta que se trata de un tumor doloroso se plantean como diagnósticos diferenciales: melanoma amelanótico y otros nódulos dolorosos, conocidos con el acrónimo GLENDA: Glomangioma, leiomioma, leiomiosarcoma, espiroadenoma ecrino, neuroma traumático, dermatofibroma, angiolipoma.

Se realizó biopsia escisional de la lesión con estudio histopatológico, cuyo informe indica lo siguiente: fragmento de piel que muestra en dermis una lesión nodular de bordes irregulares constituida por células fusadas que se entremezclan entre un estroma colagenoso. Las células tumorales dispuestas en fascículos que muestran un citoplasma eosinófilo y



**Figura 1.** Tumoración dolorosa en brazo derecho de 4 meses de evolución.

No hay hechos, hay interpretaciones



Nietzsche

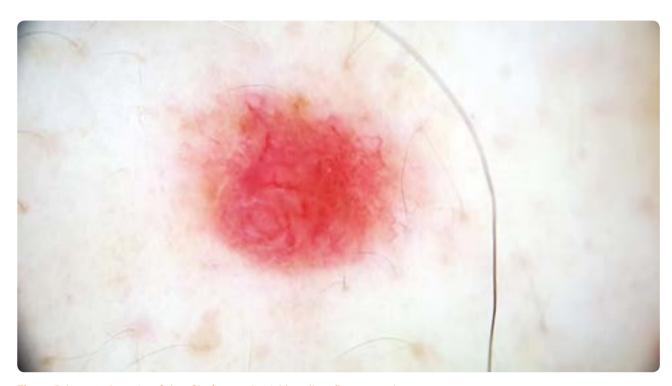


Figura 2. Imagen dermatoscópica: Obsérvese el notable polimorfismo vascular.

algunos núcleos en general fusados. Se observan algunas células con marcado pleomorfismo celular y núcleos hipercromáticos anisocarióticos y macrocarióticos (Fig. 3). En sectores se observa una figura de mitosis por cada 10 campos de gran aumento. A través de la técnica de inmunohistoguímica se observa un índice de proliferación que muestra un 10% de células positivas (Fig. 4) con algunos focos de mayor cantidad de mitosis. Los márgenes guirúrgicos están alejados de la neoplasia.

Se realizaron además tinciones especiales que resultaron positivas en las células tumorales para los marcadores actina (SMA), miosina (Fig. 5) y desmina (Fig. 6) lo que permitió confirmar el diagnóstico de leiomiosarcoma cutáneo, siendo S100 y CD34 negativos.

Se le solicitó al paciente laboratorio de rutina que mostró resultados dentro de parámetros normales. Se realizaron interconsultas a los servicios de oncología (para estadificación) y de traumatología (para ampliación de márgenes debido a su alta tasa de recaída). Se solicitaron a su vez TAC de abdomen y pelvis y RMN con contraste del brazo y hombro afectados, los cuales no mostraron compromiso local profundo ni a distancia.

Hasta el momento el paciente no ha presentado nuevas lesiones de carácter similar y se encuentra en seguimiento con control clínico dermatológico periódico e imagenológico pulmonar.

# COMENTARIOS

El leiomiosarcoma (LMS) es una entidad maligna infrecuente que representa aproximadamente el 3% de todos los sarcomas de tejidos blandos con una tasa de incidencia de 0.04%. Este puede volverse aparente en la piel como tumor primario o a partir de una diseminación metastásica (1).

Según su origen, puede dividirse en dos tipos: originarse en el músculo erector del pelo y estar ubicado en la dermis (LMS cutáneo o dérmico) o bien surgir de estructuras vasculares en el tejido celular subcutáneo (LMS subcutáneo) (2).

El LMS cutáneo tiene un pico de incidencia entre la quinta a séptima década de la vida. Los hombres se ven afectados con mayor frecuencia que las mujeres con una proporción de aproximadamente 3:1, mientras que el subcutáneo es más frecuente entre los 50 y 80 años, sin prevalencia de género (1, 3).

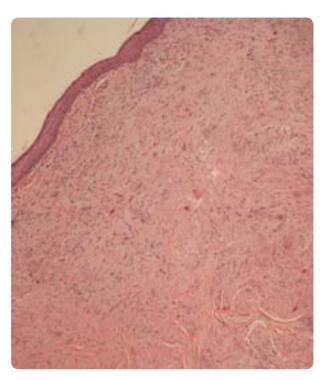


Figura 3. (HE-10X) Véase en dermis la presencia de células fusadas entremezcladas en un estroma colagenoso.

Los tumores generalmente se presentan como pápulas, nódulos o placas de color de piel, eritematosas o azules, ocasionalmente con superficie irregular o ulcerosa (1). En cuanto al tamaño varían entre 0.3 a 3 cm de diámetro y ocurren más comúnmente en las extremidades (48% - 85% de casos) (3), aunque se han publicado casos de localización atípica como labios superiores, pene y prepucio, escroto, encía, órbita, cara y pezón (1).

El LMS subcutáneo tiene una mayor tasa de recurrencia y metástasis que el LMS cutáneo y, por ende, peor pronóstico. Un estudio realizado por Aneiros-Fernández y cols. demostró que en el LMS subcutáneo las tasas de recurrencia, metástasis y mortalidad fueron del 36.63%, 43.23% y 37.82% respectivamente, después de una mediana de seguimiento de 4,40 años, mientras que para en LMS cutáneo esas cifras fueron del 24.40%, 4.22% y 3.33%, respectivamente, después de un período de seguimiento medio de 3,45 años (2).

Se ha demostrado que los LMS presentan metástasis frecuentes en pulmón, aunque en un estudio reciente se informó que las metástasis en piel son usuales, y el cuero cabelludo constituye el sitio más afectado (3, 4).



Figura 4. Ki 67: 10 %.

# El leiomiosarcoma (LMS) es un tumor maligno que deriva del músculo liso.

De acuerdo a su origen, se lo clasifica en cutáneo y subcutáneo. Se localiza con

mayor frecuencia en extremidades.

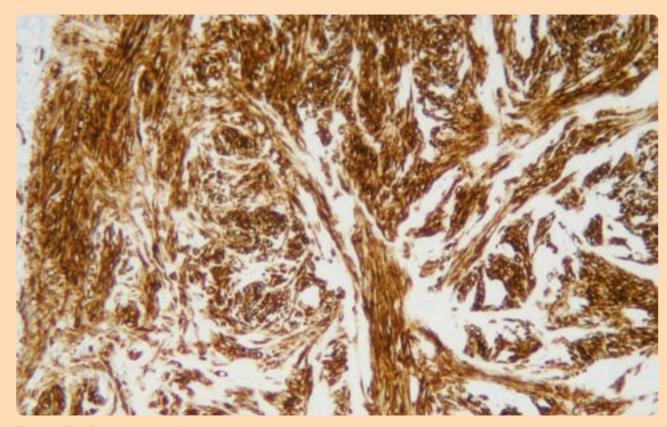
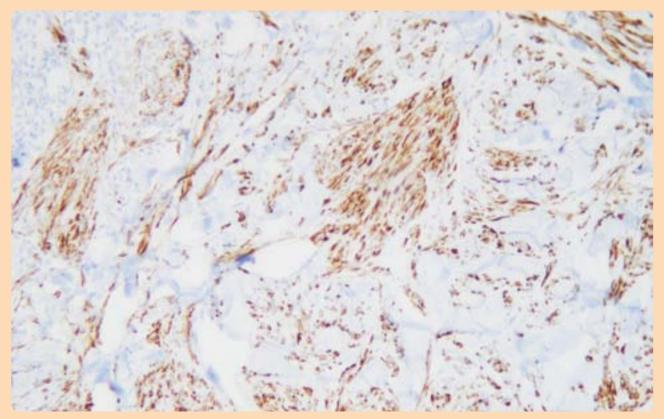


Figura 5. Tinción para actina positiva.



**Figura 6.** Tinción para desmina positiva.

Histológicamente, la mayoría de los LMS cutáneos muestran células fusiformes atípicas con citoplasma homogéneo eosinófilo y núcleos en forma de "cigarro". Las células tumorales se disponen en fascículos o nódulos y muestran patrón de crecimiento infiltrativo. Con mayor frecuencia, los LMS cutáneos son tumores bien diferenciados sin cambios regresivos ni degenerativos (1). También pueden observarse figuras mitóticas atípicas. Es importante realizar la técnica de inmunohistoquímica para su diagnóstico. La positividad para desmina, actina muscular específica (SMA) y h-caldesmón, así como sobreexpresión de los receptores de tirosina quinasas (IGFR, PDGFR, etc.) es característico de LMS (1).

El tratamiento de LMS debe manejarse en un entorno multidisciplinario. Es importante tener en cuenta el mantenimiento de la función muscular, el resultado estético y la calidad de vida a la hora de plantear un tratamiento. Debido al riesgo de recurrencia local, la resección con márgenes amplios se considera el Gold Standard (1).

En el LMS subcutáneo se demostró que la escisión local con márgenes estrechos, histológicamente libres de tumor presenta mayor riesgo de recurrencia y metástasis en comparación con la amplia escisión local (5). Humphries y col. demostraron que la amplia escisión local con márgenes de 1 cm aumenta la supervivencia libre de enfermedad (8).

La cirugía micrográfica de Mohs (CMM) se ha planteado como una buena opción quirúrgica en pacientes

seleccionados (3). Huether y col. (6) informaron su experiencia en 19 años, con el uso de Cirugía Micrográfica de Mohs en siete pacientes con leiomiosarcoma; la tasa de recurrencia fue del 14% (3-7), pero aclararon que el tumor era recurrente en el momento del procedimiento; el tiempo medio de control después del diagnóstico fue de 4,3 años. Otros autores (8) informaron una tasa de recurrencia del 0% en 4 años de seguimiento en once pacientes. La CMM sigue siendo la piedra angular en el tratamiento de sarcomas localizados.

La elección de quimio y radioterapia adyuvante es controversial. Debido a que el LMS tiende a mostrar un aspecto más indolente y curso favorable en comparación con otros sarcomas de tejidos blandos, actualmente no se recomienda la quimioterapia adyuvante1. Respecto a la radioterapia, solo se la recomienda en pacientes con tumores grandes, persistentemente márgenes positivos después de múltiples resecciones, o aquellos pacientes que presenten LMS cutáneo con una extensa extensión subcutánea (9).

Teniendo en cuenta la probabilidad de recurrencia local y metástasis sugerimos control clínico dermatológico cada 3 meses los primeros 2 años y luego anual durante 5 años desde el diagnóstico respaldado por estudios imagenológicos pulmonares.

El interés del caso radica en presentar una patología poco usual, enfatizando la importancia del examen físico dermatológico tanto para el diagnóstico como para el seguimiento.

# Referencias

- 1. Zacher M, Heppt MV, Brinker TJ, Hayani KM, et al. Primary leiomyosarcoma of the skin: a comprehensive review on diagnosis and treatment. Med Oncol. 2018; 35 (10): 135.
- 2. Aneiros-Fernandez J, Antonio Retamero J, Husein-Elahmed H, Ovalle F. et al. Primary cutaneous and subcutaneous leiomyosarcomas: review of their evolution and prognostic factors. Eur J Dermatol. 2016: 26 (1): 9-12.
- 3. Winchester DS, Hocker TL, Brewer JD, Baum CL, et al. Leiomyosarcoma of the skin: Clinical, histopathologic, and prognostic factors that influence outcomes. J Am Acad Dermatol. 2014; 71 (5), 919-925.
- 4. Wang WL, Bones-Valentin R, Prieto V, Pollock R, et al. Sarcoma metastases to the skin. Cancer. 2012; 118: 2900-2904.
- 5. Svarvar C, Bohling T, Berlin O, Gustafson P, et al. Scandinavian Sarcoma Group Leiomyosarcoma Working Group. Clinical course

- of nonvisceral soft tissue leiomyosarcoma in 225 patients from the Scandinavian Sarcoma Group. Cancer. 2007; 109: 282-291.
- Huether MJ, Zitelli JA, Brodland DG. Mohs micrographic surgery for the treatment of spindle cell tumors of the skin. J Am Acad Dermatol. 2001: 44: 656-659.
- Starling J y Coldiron B. Mohs micrographic surgery for the treatment of cutaneous leiomyosarcoma. J Am Acad Dermatol. 2011; 64 (6): 1119-1122.
- 8. Humphries TR, Finkelstein DH, Lee JB. Superficial leiomyosarcoma treated with Mohs micrographic surgery. Dermatol Surg. 2004; 30:
- Deneve JL, Messina JL, Bui MM, Marzban SS, et al. Cutaneous Leiomyosarcoma: Treatment and Outcomes with a Standardized Margin of Resection. Cancer Control. 2013: 20 (4), 307-312.



/ Salazar Madrigal Kenneth Alfonso<sup>1</sup>
/ De Jesús Lemus Orlando Lettelier<sup>1</sup>
/ Moraila Moya Guillermo Alfonso<sup>2</sup>
/ Burgueño Rivera Sandra Olivia<sup>3</sup>
/ Mexia Galarza Elsie Noemi<sup>4</sup>
/ Moraila García Guillermo Alfonso<sup>4</sup>

# Palabras claves

lepra, mycobacterium Leprae, epidemiología.

# **Keywords**

Leprosy, Mycobacterium Leprae, Epidemiology.



Kenneth Salazar Madrigal
E-mail: kenneth\_salazarm@mail.ee
Dirección: Calle Alassio 5821, Colonia
Andalucía. Bachigualato, Culiacán Rosales
Sinaloa, México
Teléfono: (+52) 672 721 2265

# Estudio retrospectivo en el Centro Dermatológico de Sinaloa "Dr. Jesús Acedo Cardenas"

Retrospective study in Sinaloa Dermatological Center "Dr. Jesús Acedo Cardenas"

# Resumen

Introducción: Las secuelas a largo plazo de la lepra continúa provocando un impacto negativo a nivel del sistema sanitario en esta región del país. Objetivo: Describir el nexo epidemiológico y grado de discapacidad de los casos con diagnostico de lepra en el Centro Dermatológico de Sinaloa durante el año 2017. Material y métodos: Se realizó un análisis descriptivo y retrospectivo. Resultados: Se diagnosticaron 8 casos, con un predominio de lepra lepromatosa (50%) y de grado 1 de discapacidad (62.5%). Conclusiones: En el estado de Sinaloa persiste la transmisión activa de la enfermedad, condición que debe ser tomada en cuenta para realizar un diagnóstico temprano y de esta manera reducir las secuelas propias de la enfermedad.

# **Abstract**

Background: The long-term consequences of Leprosy continue to have a negative impact at the level of the health system in this region of the country. Objective: Describe the epidemiological nexus and grade of disability of the cases diagnosed with Leprosy in Centro Dermatológico de Sinaola during the year 2017. Material and methods: A descriptive and retrospective analysis was made. Results: Eight cases were diagnosed, with a predominance of lepromatous leprosy (50%) and grade 1 disability (62.5%). Conclusions: In the Sinaloa state, the active transmission of the disease persists, a condition that must be taken into account in order to make an early diagnosis and in this way reduce the sequelae of the disease.

Educandonos. 2020; 6 (3): 42-47.

- <sup>1</sup> Médico Dermatólogo
- <sup>2</sup> Director del Centro Dermatológico
- <sup>3</sup> Médico Epidemióloga
- <sup>4</sup> Médico General
- \*Centro Dermatológico de Sinaloa "Dr. Jesús Rodolfo Acedo Cárdenas", Sinaloa. México.

# INTRODUCCIÓN

La lepra también conocida como enfermedad de Hansen es una infección granulomatosa crónica causada por *Mycobacterium leprae* que afecta principalmente piel y nervios periféricos. Es una enfermedad de distribución mundial que afecta a cualquier raza y predomina en varones. El pico de edad en que se realiza el diagnóstico suele ser la quinta década de la vida. Tanto sus manifestaciones clínicas como sus complicaciones dependen del estado inmunitario del huésped. A nivel global es la principal causa de neuropatía periférica luego de la diabetes mellitus (1, 2, 3, 4).

En el año 2017 la OMS (Organización Mundial de la Salud) registró 216.108 nuevos casos distribuidos en 115 países. Es considerada una de las enfermedades "olvidadas" y aún continúa siendo un problema de Salud Pública en muchos países en vías de desarrollo.

En México desde el año 2004 la incidencia de casos de lepra pasó a ser menor de 1 por 10.000 habitantes por lo que dejó de ser un problema de Salud Pública como lo define la OMS. Durante el 2016 en México se diagnosticaron 150 pacientes con la enfermedad, cifra que descendió para el año 2017. En México, el estado de Sinaloa continúa siendo el que más casos reporta y constituye una de las principales zonas leprógenas del país (5, 6, 7).

# **MATERIAL Y MÉTODOS**

Se realizó un análisis descriptivo, retrospectivo con base en los expedientes clínicos de todos los pacientes que fueron diagnosticados con enfermedad de Hansen en el Centro Dermatológico de Sinaloa "Dr. Jesús Rodolfo Acedo Cardenas" (México) durante el periodo comprendido entre el 1 de enero al 31 de diciembre del año 2017.

Se compararon diferentes variables: edad, género, lugar de procedencia, ocupación y nexo epidemiológico (contactos de pacientes con lepra o casos nuevos).

El diagnóstico se realizó por clínica, pruebas baciloscópicas e histopatológicas lo que permitió la posterior clasificación clínica de los enfermos así como el grado de discapacidad que presentaba cada uno de ellos al momento del diagnóstico.

# RESULTADOS

Durante el año 2017 el Centro Dermatológico de Sinaloa diagnosticó un total de 8 pacientes con lepra de los cuales 5 (62.5%) fueron hombres y 3 (37.5%) mujeres. El rango de edad se encontró entre los 33 y los 67 años para una media de 52 años al momento del diagnóstico. No se identificó ningún caso de lepra infantil.

Respecto a la procedencia de los afectados según el municipio 5 son vecinos de Navolato, 2 de Culiacán y 1 de Mocorito. Del total de afectados 2 son contactos de pacientes con lepra, mientras que 6 fueron casos aislados. Dentro de sus ocupaciones hay 4 agricultores, 2 amas de casa y 2 comerciantes. (Cuadro 1)

Según la clasificación propuesta por Ridley y Jopling se identificó 1 paciente con lepra indeterminada lo que corresponde a un 12.5% del total; 3 presentaron lepra dimorfa o Borderline (37.5%); 4 se encontraban en el polo lepromatoso (50%) y ninguno de los pacientes presentó lepra tuberculoide. (Tabla 1)

De los 8 pacientes 3 presentaron un grado de discapacidad de 0 (GD-0) al momento del diagnóstico, lo que representa un 37.5% del total de la muestra. El 62.5% (5 pacientes) tenían complicaciones catalogadas como grado 1 de discapacidad (GD-1) y ninguno presentó grado 2 de discapacidad (GD-2) según lo propuesto por la OMS. (Cuadro 1)

# CONCLUSIONES

Durante el año 2017 se registró un total de 21 casos de lepra en el Estado de Sinaloa, de los cuales 8 fueron diagnosticados en el Centro Dermatológico de Sinaloa. De estos 8 pacientes 5 corresponden al sexo masculino (62.5%) y 3 al sexo femenino (37.5%). El rango de edad se encontró entre los 33 y los 67 años para una media de 52 años al momento del diagnóstico. Esta distribución por género y grupo etario concuerda con lo publicado en la literatura. Un informe publicado en el 2014 mostró características epidemiológicas de 604 pacientes con lepra en la localidad de Acapulco (México) en el cual 58% eran varones: de igual manera más de la mitad de los pacientes presentados en dicho informe tenían entre 50 y 79 años de edad (4, 8). En este trabajo no se observó ningún caso de lepra infantil. En México se estima que la lepra infantil representa menos del 1% de los casos.

Edad	Pacientes (#)	Porcentaje (%)
Promedio: 52 años	radicilles (#)	roicentaje (70)
Rango: 33-67 años		
Sexo		
		00.5
Hombres	5	62.5
Mujeres	3	37.5
Procedencia		
Navolato	5	62.5
Culiacán	2	25
Mocorito	1	12.5
Nexo Epidemiológico		
Casos Nuevos	6	75
Convivientes	2	25
Ocupación		
Agricultores	4	50
Amas de Casa	2	25
Comerciantes	2	25
Clasificación Clínica		
Lepra Lepromatosa	4	50
Lepra Dimorfa	3	37.5
Lepra Indeterminada	1	12.5
Lepra Tuberculoide	0	0
Grado de Discapacidad		
Grado de Discapacidad 0	3	37.5
Grado de Discapacidad 1	5	62.5
Grado de Discapacidad 2	0	0

La lepra es una enfermedad de distribución mundial que afecta a cualquier raza y predomina en varones. El pico de edad suele ser la quinta década de la vida.



En los Estados Unidos de Norteamérica el Programa Nacional de Enfermedad de Hansen informó que durante el año 2015 el 2.24% de los casos en ese país ocurrieron en pacientes menores de 16 años. Un estudio realizado con 1396 enfermos de lepra en la India informó que el 2,3% de los casos diagnosticados tenían menos de 14 años de edad (3, 9, 10).

Dentro de las ocupaciones se encontraron 4 agricultores, 2 amas de Casa y 2 comerciantes. Un estudio realizado en el estado de Sinaloa durante el periodo de 1997 al 2001 que incluyó 63 pacientes con lepra lepromatosa que habían recaído luego de completar el tratamiento poliquimioterapéutico mostró que más de la mitad de estos se dedicaban a tareas domésticas, agrícolas y al comercio, oficios similares a los observados en nuestro grupo de estudio (11).

En el estado de Sinaloa se ha demostrado que existe un claro predominio de las formas multibacilares de la enfermedad condición que concuerda con los resultados observados en nuestro grupo de pacientes. El 50% de los pacientes diagnosticados en nuestro estudio se encontraban en el polo lepromatoso, condición similar al 60% descrito en la literatura mexicana. Un estudio realizado con 31 pacientes con lepra en el Hospital General "Dr. Manuel Gea González" de la Ciudad de México identificó que el 68% de los pacientes eran multibacilares.

Un estudio retrospectivo realizado en el Centro Dermatológico de Yucatán "Dr. Fernando Latapí" (México) que evaluó 196 pacientes en el periodo comprendido entre 1950-2013 mostró que el 58% de los enfermos se encontró en el polo lepromatoso. De igual manera, el estudio descriptivo realizado en la ciudad de Acapulco (México) confirmó que el 46% de los afectados se encontraban en el polo lepromatoso de la enfermedad.

Por otra parte, solamente 1 de los 8 pacientes (12.5%) fue diagnosticado en el estadio indeterminado, lo que refleja la necesidad de un reconocimiento temprano de

la enfermedad (4, 8, 12, 13). Se determinó que 6 de los afectados (75%) no convivían con enfermos de lepra (casos nuevos), lo que refleja que existe transmisión extradomiciliar que requiere vigilancia epidemiológica. La OMS utiliza el grado de discapacidad como indicador epidemiológico para evaluar lo temprano o lo tardío en que se realiza el diagnóstico. En nuestro grupo de pacientes, 3 (37.5%) fueron diagnosticados antes de desarrollar secuelas. Si bien es cierto que no hubo casos catalogados como grado 2 de discapacidad en este estudio debe prestarse atención a los 5 pacientes que presentaban algún grado de discapacidad al momento en que fueron diagnosticados.

En el estudio realizado en el Hospital General "Dr. Manuel Gea González" de la Ciudad de México evidenció polineuropatía en el 70.9% de los casos. Un estudio retrospectivo realizado en la provincia de Santa Fe (Argentina) con 86 enfermos de lepra entre los años 2012 y 2016 identificó que un 27% de los afectados presentaron algún grado de discapacidad al momento de ser diagnosticados. En la provincia de Kerala (India) un 6% aproximadamente de los casos de lepra presentan grado 2 de discapacidad al ser diagnosticados. En Rio Grande do Sul (Brasil) casi el 20% de los nuevos casos durante el año 2011 presentaron discapacidades catalogadas como grado 2, mientras que en Salvador (Bahía) solo el 0.62% para el año 2009 (12, 14, 15, 16, 17, 18).

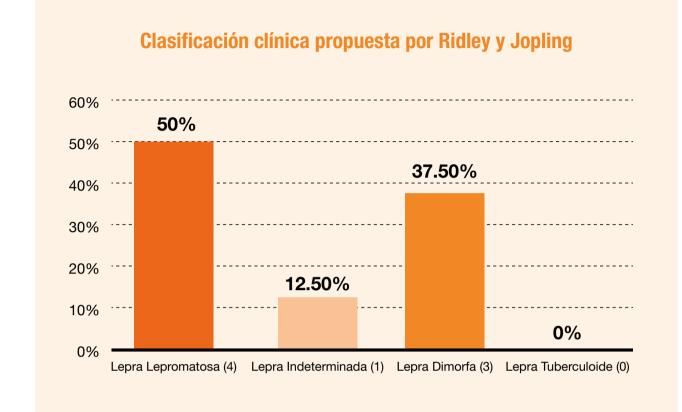
La lepra continúa siendo una importante causa de neuropatía periférica a nivel mundial. En el estado de Sinaloa persiste la transmisión activa de la enfermedad, condición que debe ser tomada en cuenta para lograr el diagnóstico temprano y la disminución en el grado de discapacidad que presentan los afectados al momento del diagnóstico.

Se requiere fortalecer la vigilancia epidemiológica con la finalidad de reducir la transmisión y realizar una captación temprana tanto de los casos nuevos como de los convivientes con personas enfermas.

# La muerte es una vida vivida

# Jorge Luis Borges

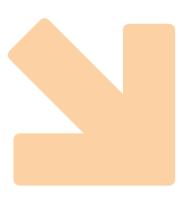




# Referencias

- Scollard D. Infection with Mycobacterium lepromatosis. Am J Trop Hyg. 2016; 95 (3): 500-501.
- Concha M, Cossio L, Salazar I, Fich F, Pérez C, et al. Enfermedad de Hansen: Revisión a propósito de un caso. Rev Chil Infect. 2008; 25 (1): 64-69.
- Rupérez M, Carreño M, Fine P. Patterns and trends of leprosy in México: 1989-2009. Lepr Rev. 2012; 83: 1-11.
- Arenas R. Dermatología Atlas, diagnóstico y tratamiento. 4ta edición. Edit. McGraw Hill, México 2009.
- World Health Organization. Leprosy, 2018. Fecha de consulta: 6/03/19. Disponible online en: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/leprosy
- Secretaría de Salud. Boletín Epidemiológico. Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica. 2017; 34 (51): 40.
- Xiang H, Sizer K, Velarde J, Frias L, et al. The Leprosy Agents Mycobacterium lepromatosis and Mycobacterium leprae in Mexico. Int J Dermatol. 2012; 51 (8): 952-959.
- Romero M, Arenas R, Castillo A, Buendía M. Lepra en Acapulco, Guerrrero, México. Dermatol Rev Mex. 2014; 58: 225-231.
- U.S. Department of Health and Human Services Health Resources and Services Administration. National Hansen's Disease Program. A Summary of Hansen's Disease in the United States-2015, 2016.
   Fecha de consulta: 6/03/19. Disponible online en: https://www.hrsa. gov/sites/default/files/hansensdisease/pdfs/hansens2015report.pdf.
- Balai M, Agarwal C, Gupta L, Khare A, et al. Current Scenario of Childhood Leprosy at a Tertiary Care Hospital in Southern Rajasthan.

- Indian Dermatol Online J. 2017; 8 (6): 494-495.
- Muñoz D, Calado E, Félix I, Rendón V. Persistencia de Mycobacterium Leprae en pacientes que recibieron tratamiento completo de poliquimioterapia para lepra lepromatosa. Cimel. 2002; 7: 40-45
- Carbajal P, Arenas R. Datos epidemiológicos en 31 pacientes con lepra. Estudio retrospectivo en el Hospital General Dr. Manuel Gea González. Dermatol Rev Mex. 2005; 49 (4): 153-156.
- Atoche C, Torres E, Vargas F, Arenas R. Lepra en Yucatán, estudio clínico retrospectivo de 63 años (1950-2013). Salud Publ Mex. 2015; 53 (3): 191-192.
- 14. Kumar B. World Leprosy day: Renewing commitment for a leprosy free world. *Indian J Med Res.* 2015; 141 (1): 1-4.
- Morano S, Morano M, Paredes S, Iribas J. Lepra en Santa Fe: características Clínico-epidemiológica. Rev Argent Dermatol. 2016; 97 (4). Fecha de consulta: 6/03/19. Disponible online en: http://rad-online.org.ar/2017/01/01/lepra-en-santa-fe-caracteristicas-clinico-epidemiologicas/
- Sasidharanpillai S, Payyanadan M, Riyaz N, Ambooken B, et al. Childhood leprosy: A retrospective descriptive study from Government Medical College, Kozhikode, Kerala, India. Lepr Rev. 2014; 85 (2): 100-110.
- Nazario A, Ferreira J, Lavínia S, Fiegenbaum M, et al. Leprosy in Southern Brazil: a twenty-year epidemiological profile. Rev Soc Bras Med Trop. 2017; 50 (2): 251-255.
- Moreira S, Carvalho C, Tawil L. Epidemiological situation of leprosy in Salvador from 2001 to 2009. An Bras Dermatol. 2014; 89 (1): 107-117.



/ De los Ríos Rossana¹ / Saadi María Emilia² / Cartagena Nora² / Figueroa Eduardo³ / Romano Susana⁴ / Palazzo Felipe⁵ / Garlatti María Ines6

# Palabras claves

Carcinoma de células de Merkel, diagnóstico, cirugía.

# **Keywords**

Merkel cell Carcinoma, diagnosis, surgery.



De los Ríos Rossana. E-mail: rosdelosrios@gmail.com Dirección: Lucas Córdoba 442, dpto 3, San Miguel de Tucumán Tucumán, Argentina Teléfono: (+54 381) 553 1350

# Carcinoma de células de Merkel

Merkel cell carcinoma

# Resumen

El carcinoma de células de Merkel es un tumor maligno primario cutáneo, de origen neuroendócrino, poco frecuente. Se presenta un paciente de sexo masculino de 72 años de edad, con lesión tumoral ubicado en glúteo derecho. Se plantearon diversos diagnósticos diferenciales, arribando al definitivo de carcinoma de células de Merkel con la histopatología y la inmunohistoquímica. El objetivo de esta presentación es recordar una patología de baja incidencia y realizar una revisión bibliográfica de la misma.

# Abstract

Merkel cell carcinoma is a rare malignant skin tumor of neuroendocrine origin. A 72-year old male patient with a tumor located in the right buttock is present. Various differential diagnoses were proposed, arriving at the definitive Merkel cell carcinoma with histopathology and inmunohistochemistry. The objetive of this presentation is to remember a pathology of low incidence and to carry out a bibliographic review of it.

# Educandonos. 2020; 6 (3): 48-54.

Médica Profesora Adjunta\*

<sup>4</sup>Dermatopatóloga, Jefe de trabajos prácticos\*

<sup>2</sup> Jefe de trabajos prácticos\*

<sup>5</sup> Oncólogo, Profesor Adjunto Cátedra de Bioética\*\*

3 Auviliar docente\*

<sup>6</sup> Profesora Titular\*

\*Cátedra de Dermatología, Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Tucumán, San Miguel de Tucumán, Tucumán, Argentina.

\*\*Cátedra de Bioética, Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Tucumán, San Miguel de Tucumán, Tucumán, Argentina

# **INTRODUCCIÓN**

El carcinoma de células de Merkel fue descripto por primera vez por Cyril Toker en 1972, con el nombre de carcinoma trabecular. A lo largo del tiempo ha recibido diversas sinonimias, entre ellas neoplasma cutáneo de células de Merkel, apudoma, Merkeloma, carcinoma indiferenciado de la piel, carcinoma primitivo de piel de células pequeñas, carcinoma neuroendócrino primario de la piel, tumor de Merkel, neuroblastoma del adulto, prevaleciendo la denominación de carcinoma de células de Merkel y de carcinoma neuroendócrino de la piel (1-3).

En el presente trabajo se describe un caso de carcinoma de células de Merkel de localización infrecuente.

# **CASO CLÍNICO**

Paciente de sexo masculino, de 72 años de edad, domiciliado en el interior de la provincia de Tucumán.

Antecedentes personales: hipertensión arterial y tabaquismo. Sin antecedentes familiares de importancia.

Consultó por una lesión tumoral en región glútea derecha de 2 años de evolución.

Al examen dermatológico se observó una lesión tumoral única, eritematoviolácea, de superficie lisa y brillante, redondeada, de 8 cm de diámetro aproximadamente, bien delimitada, de consistencia firme y asintomática. Adenomegalias inguinales palpables. (Figs 1 y 2) Exámenes complementarios: El laboratorio evidenció una anemia leve y eritrosedimentación de 25mm. Serología para HIV, Hep. B y C, y VDRL negativas. El examen histopatológico presentó una epidermis conservada; en dermis, acúmulos de células redondeadas intensamente basófilas, de tamaño regular, que a medida que infiltran la dermis se entremezclan con haces de colágeno. No se observaron mitosis (Figs. 3 y 4). Se envió muestra para estudio inmunohistoquímico, el cual dio positividad para sinaptofisina y citoqueratina (CK 20) esta última con patrón punteado (B14-6371)(Fig. 5). Diagnóstico: Carcinoma de Células de Merkel. Se deriva a Oncología donde le realizan ecografía inguinal: ganglio hipoecoico redondeado de contornos lobulados de 18mm y otros de menor tamaño en región inguinal derecha. Se realizaron tomografías de cerebro, cuello, tórax, abdomén y pelvis, con y sin contraste y resonancia nuclear magnética de cerebro donde no se observaron imágenes compatibles con metástasis. El paciente falleció a los 6 meses del diagnóstico por un accidente cerebro vascular.



**Figura 1.** Lesión tumoral eritematoviolácea en región glútea derecha.

La verdad es la lucha de las interpretaciones



Michel Foucault



Figura 2. Lesión tumoral a mayor detalle.

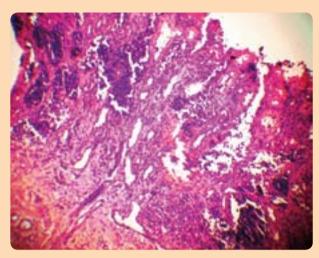
# **COMENTARIOS**

Las células de Merkel fueron descriptas en 1875 por Merkel. Se originan en la cresta neural. Son células neuroendócrinas cutáneas localizadas en la epidermis, alrededor del epitelio folicular y en aquellas áreas de la mucosa que derivan del ectodermo, con predominio en piel glabra de los pulpejos, en zona centrofacial y en mucosa nasal y oral (4, 5, 6, 7). Se las considera mecanorreceptores de adaptación lenta, transmiten información tanto táctil como la relacionada con la motilidad del pelo. La proliferación neoplásica de las células de Merkel corresponde al carcinoma de células de Merkel. La etiología del tumor es controversial, ya que la gran mayoría de las veces el tumor se localiza

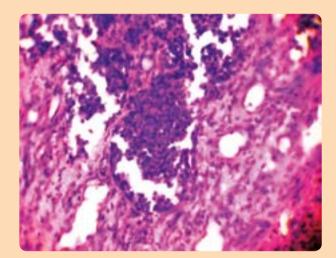
en dermis siendo las células de Merkel de localización epidérmica. También está en discusión la expresión de neurofilamentos, que el tumor sí expresa en forma variable y las células de Merkel no (5, 7). El origen del tumor aún está en discusión. Algunos autores sugieren que se originaría a partir de células de la capa basal de la epidermis con capacidad de diferenciación neuroendócrina durante su transformación neoplásica, de células pluripotenciales primitivas de la cresta neural o de restos embrionarios de tejido nervioso periférico (7, 8). Su etiología aún es incierta, pero hay factores de riesgo que se tienen en cuenta en el desarrollo del tumor, ellos son: (9, 10, 11) Exposición solar y radiación

ultravioleta B: al parecer producen mutaciones en la proteína p 53. Además se observa con más frecuencia en pieles blancas y en pacientes que han recibido PUVA terapia o metoxaleno. Inmunosupresión: Se ha observado un mayor riesgo de presentación en pacientes con HIV, leucemia linfocítica crónica, linfoma no Hodgkin, mieloma múltiple y trasplante de órganos, sobre todo en trasplante renal, en estos pacientes es muy agresivo con un gran porcentaje de metástasis a ganglios regionales y con una mortalidad de aproximadamente el 56%. Coexistencia con otras enfermedades malignas: se lo puede encontrar asociado con otras neoplasias de piel, como el carcinoma de células escamosas o de células basales y enfermedades hematológicas malignas como la leucemia linfocítica crónica. El CCM puede aparecer antes, durante o después de la aparición de estas enfermedades. Exposición crónica al arsénico. Anormalidades cromosomales: se ha descrito la deleción del brazo corto del cromosoma 1(1p36) encontrada también en melanomas y neuroblastomas. Otra anormalidad observada es la pérdida de la capacidad heterocigota en el cromosoma 3p21, la misma región que se afecta en el 90% de los pacientes con cáncer de células pequeñas de pulmón, también de origen neuroendócrino. Poliomavirus de Merkel: estudios recientes implican su participación en la carcinogénesis de este tumor. Se trata de un virus DNA de doble cadena con 14 tipos de los cuales 6 se detectan en humanos. Histológicamente no existen diferencias entre la forma tumoral asociada al virus y la forma no asociada a él, pero se ha podido observar clínicamente un comportamiento más agresivo en las formas no asociadas al virus, con mayor tasa de recidivas y de afectación ganglionar. Actualmente se están desarrollando técnicas de diagnóstico para esclarecer la presencia del virus en el tumor, como las tinciones con CM2B4, anticuerpos monoclonales dirigidos a proteínas víricas. La implicación de un virus en la tumorgénesis de esta neoplasia abre una puerta al posible tratamiento futuro con antivirales específicos (12).

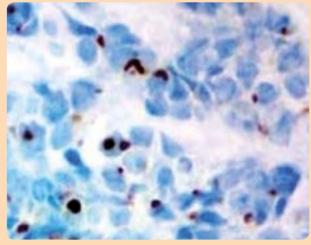
Su epidemiología es variable, algunos señalan predominio en sexo masculino, más frecuente en caucásicos, raro en la raza negra y con mayor incidencia entre la 6ta y 7ma década de la vida. Mientras que para otros autores predominan en el sexo femenino o bien no tiene predilección por sexo ni raza (3, 5, 13). La incidencia anual se estima entre 0,2 por 100.000 habitantes aproximadamente.



**Figura 3.** (HE 10X) Epidermis conservada. Dermis con acúmulos de células basófilas..



**Figura 4.** (HE 40X) En dermis células redondeadas, intensamente basófilas de tamaño regular que se entremezclan con haces de colágeno. No se evidencian mitosis.



**Figura 5.** Inmunohistoquímica: CK 20 (+) muy específico de carcinoma de células de Merkel.

Se localiza preferentemente en áreas descubiertas, un 50% se distribuye en cabeza y cuello, 25% en extremidades inferiores y el 25% restante en miembros superiores, tronco y glúteos (3, 12).

Clínicamente se presenta como pápula o nódulo asintomático, su color varía desde el mismo tono de la piel al castaño rojizo o violáceo, sésil, de consistencia firme y superficie lisa, brillante. El tamaño varía desde 2 cm de diámetro hasta llegar a constituir un tumor de gran tamaño con telangiectasias y ulceraciones (2, 3, 6, 12, 14).

Se describen tres formas de presentación: tumor solitario, múltiples tumores en un área única (semejante a las satelitosis del melanoma) y múltiples tumores de distribución amplia denominada "merkeliomatosis cutánea". Pueden aparecer asociados con epiteliomas espinocelulares, basocelulares, queratosis actínicas, tumores con diferenciación anexial y enfermedad de Bowen, con mayor riesgo de aparición en pacientes inmunodeprimidos, ya sea por transplante, por HIV o por la presencia de malignidades hematológicas (9, 13, 14). El tumor se origina en la dermis, involucrando muy pocas veces la epidermis suprayacente, situación aún no esclarecida ya que las células de Merkel se hallan en la capa basal.

# El estudio histopatológico puede revelar tres patrones:

1. Sólido o nodular en el que las células tumorales forman masas rodeadas de tejido conectivo. 2. Difuso en el que las células se distribuyen de modo uniforme en "manto". 3. Trabecular con cordones de células tumorales y estructuras seudoglandular, considerado de mejor pronóstico (8, 14, 15). Las células tumorales son de tamaño y forma uniforme, pequeñas, con núcleos grandes, redondos, hipercromáticos, con cromatina granular finamente dispuesta en su interior y múltiples nucléolos. El citoplasma es escaso (2, 12).

Al microscopio electrónico las células del carcinoma de células de Merkel son similares a las células de Merkel normales. En el citoplasma se encuentran los gránulos electrodensos de halo claro característicos, como también agregados paranucleares de filamentos intermedios compuestos sólo por citoqueratinas. Con la inmunohistoquímica el tumor expresa marcadores epiteliales (citoqueratinas - CAM5.2, AE1AE3, CK20,

34BE12- y EMA), neuroendócrinos (cromogranina y sinaptofisina) y neuronales (neurofilamento, CD56). La mayoría de los carcinomas de células de Merkel son positivos para CK20, con presencia de tinción citoplasmática paranuclear, muy característica, denominada "dot-like" (2, 3, 7, 13, 16). Los marcadores ausentes en este carcinoma son el antígeno leucocitario común que lo diferencia de las leucemias y linfomas, y la proteína S100 que lo diferencia del melanoma y tumores fibrohistiocitarios.

Es de suma importancia el estudio inmnohistoquímico ya que permite diferenciar al carcinoma de células de Merkel del tumor carcinoide, del tumor en granos de avena pulmonar, de los carcinomas diferenciados, del sarcoma de Ewing, del neuroblastoma metastásico, de linfomas y de melanomas amelanóticos (4).

La estadificación del carcinoma de células de Merkel es muy importante para establecer el pronóstico y el tratamiento de la enfermedad. (Clasificación de la AJCC) (2, 11) Estadío I: enfermedad localizada, tumor igual o menor de 2 cm. Estadío II: tumor localizado mayor de 2 cm. Estadío III: metástasis regionales. Estadío IV: metástasis a distancia.

El diagnóstico diferencial clínico debe realizarse con el carcinoma basocelular, quistes epidérmicos, carcinoma espinocelular, granuloma piógeno, hemangioma, angiosarcoma, linfoma, melanoma. Y el histopatológico se realiza con carcinoma neuroendócrino pulmonar metastásico, carcinoide metastásico, carcinoma ecrino pobremente diferenciado, neuroblastoma, melanoma, sarcoma de Ewing, carcinoma escamoso y linfoma (4, 6, 12, 14). En algunos casos el carcinoma de células de Merkel puede coexistir con otros carcinomas cutáneos como el de células epidermoides, carcinoma basocelular, melanoma nodular, léntigo de Hutchinson, carcinoma de colon, síndrome de displasias ectodérmicas y otras neoplasias endócrinas (4,12,14).

El carcinoma de células de Merkel es de crecimiento lento y suele recidivar después de la extirpación del primitivo. En un 50 a 70 % metastatiza a zonas ganglionares. Puede dar metástasis a distancia en hueso, pulmón, hígado, sistema nervioso central, páncreas, piel, glándula suprarrenal y médula ósea.

# MODULCASS IMIQUIMOD 5%

# EL IMIQUIMOD LÍDER EN DERMATOLOGÍA

CON ÁCIDO ISOSTEÁRICO AL 30%



VEHÍCULO DESARROLLADO A BASE DE POLÍMEROS ACRÍLICOS



SISTEMA DE CONSERVANTES DE ALTA EFICIENCIA



LA FÓRMULA MÁS AVANZADA



ÚNICO



Se consideran factores de mal pronóstico al sexo masculino, la edad temprana, la localización en cabeza, cuello y tronco, la recidiva local, la enfermedad sistémica, tumores de gran tamaño (mayores de 2 cm.), compromiso ganglionar, células pequeñas en la histopatología y alta tasa de mitosis (2, 14). Al ser un tumor de baja incidencia no existe un protocolo para el tratamiento pero sí consensos y recomendaciones.

El tratamiento de elección es quirúrgico, con resección amplia con márgenes de seguridad de 2 a 3 cm debiendo examinar los márgenes profundos por la tendencia al crecimiento vertical (5, 6, 7). La utilización de la técnica de ganglio centinela en pacientes en estadío 1 puede descubrir la existencia de invasión ganglionar oculta. Si la biopsia de ganglio centinela es positiva se sugiere disección completa de la cadena linfática seguida de radioterapia (2, 14). Cuando existen adenopatías palpables regionales, tumor primario de gran tamaño o recurrencia se aconseja realizar linfadenectomía. Hay controversia en la disección ganglionar profiláctica (5). En sitios anatómicos difíciles de realizar un amplio margen quirúrgico como en párpados o ala nasal se recurre a la Cirugía micrográfica de Mohs (4, 14, 17).

La radioterapia es una opción terapéutica para todos los estadíos, ya que su uso en el postoperatorio inmediato minimiza la recurrencia local v regional, realizándose sobre el sitio tumoral o las cadenas ganglionares (2, 4, 5, 6, 7). La quimioterapia sólo está indicada como tratamiento paliativo en caso de enfermedad avanzada o recurrencia local (2, 12). Otros tratamientos propuestos son hipertermia local, administración intralesional directa de factor de necrosis tumoral humano recombinante y en enfermedad recurrente interferón alfa -2- beta intralesional. También se puede utilizar interferón gamma y melfalán intralesional (14).

Es imprescindible que el paciente sea estudiado con Rx de tórax, TAC, RMN de tórax, abdomen y pelvis, rutina de laboratorio ante la sospecha de metástasis. En presencia de adenopatías es necesaria la biopsia de ganglio (8).

Los pacientes deben ser controlados periódicamente posterior al tratamiento, especialmente en los 2 años siguientes debido a la alta tasa de recurrencia y a la metástasis a distancia observados (2, 11).

El carcinoma de células de Merkel es un tumor muy agresivo e infrecuente que se localiza con mayor frecuencia en zonas fotoexpuestas. El motivo de publicación de nuestro caso es el gran tamaño de la lesión y la localización en región glútea. Es de suma importancia la sospecha clínica y el uso de técnicas de inmunohistoquímica para su diagnóstico, el que debe ser realizado en forma temprana para instaurar la terapéutica adecuada.

### Referencias

- 1. Caserio G. Martín C. Ingratta SM. Carcinoma de células de Merkel. Presentación de un caso. Arch Argent Dermatol. 2000; 50: 259-263.
- Bustamante Gomez PA, Palacios Isaza CP, Molina Vélez V, Arroyave Sierra JE. et al. Carcinoma de células de Merkel: reporte de caso. Medicina UPB. 2011: 30: 186-192.
- 3. Pardo P. Agustín F. Miranda C. Carcinoma de células de Merkel. A propóstio de dos casos. Radiología, 2007: 49: 366-368.
- 4. Capetta ME, Casas G, Stengel F. Tumor de células de Merkel. Revisión de la literatura. Arch Argent Dermatol, 2009; 59: 227-238.
- 5. Saadi ME, Alarcón B, Abeldaño A, Brea P, et al. Carcinoma de células de Merkel. Dermatol Argent. 2002; 8: 218-222.
- 6. Guarnaluse Brooks R, Jiménez Galainene JJ, Torriani Mendoza GP. Carcinoma de células de Merkel, Presentación de un caso, Rev Habanera Cienc Med. 2014: 13: 55-60
- 7. Gómez Sánchez ME, Martinez Martinez ML, Faura Berruga C, López Villaescusa MT, et al. Carcinoma de células de Merkel. A propósito de un caso. Rev Clin Med Fam. 2013; 6: 43-46.
- 8. Tarabuso AL, Chiavassa AM, Rafti P. Carcinoma de células de Merkel de localización infrecuente. Arch Argent Dermatol. 2003; 53: 263-
- 9. Roesch Dietien F, Devezé Bocardi R, Ruiz Juárez I, Grube Pagola P, et al. Carcinoma de células de Merkel. Experiencia en un centro de referencia. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2013; 51: 696-699.
- 10. Bhatia S, Afanasiev O, Nghiem P. Immunobiology of Merkel cell carcinoma: implications for immunotherapy of a polyomavirusassociated cáncer. Curr Oncol Rep. 2011; 13: 488-497.
- 11. Pérez JA, Torres M, Montoya L. Carcinoma de células de Merkel. Cuad Cir. 2006: 22: 64-72.
- 12. Campillo R, Gil-Carcedo E, Alonso D, Vallejo LA, et al. Carcinoma neuroendocrino primario de la piel, carcinoma de células de Merkel. Casuística 1991-2012. Acta Otorrinolaringol Esp. 2013: 64: 396-402.
- 13 Becker JC Merkel cell carcinoma Ann Oncol, 2010: 21: 81-85
- 14 Santos Gorión P Morales Martín AC Blanco Pérez P Gómez González JL, et al. Carcinoma de células de Merkel: presentación de 5 casos y revisión de la literatura. Acta Otorrinolaringol Esp. 2011:
- 15. Pedreira Duprat J, Landman G, Salvajoli JV, Brechtbuhl ER. A review of the epidemiology and treatment of Merkel cell carcinoma. Clinics. 2011: 66: 1817-1823.
- 16. González Romero N, Pérez Barrio S, Cancho Galán G, et al. Carcinoma de células de Merkel. Un caso clínico de presentación atípica. Med Cutan Iber Lat Am. 2018; 46: 59-62.
- 17. Cohen Sabban E, Lacassagne J, Pietropaolo N, Mohr Y, et al. Carcinoma de células de Merkel estadio III. Arch Argent Dermatol. 2007; 57: 95-101.









+54 9 11 38186127

# **PLATAFORMA VIRTUAL (ZOOM)**

En virtud de la pandemia que imposibilita las reuniones presenciales hemos puesto a disposición de los servicios hospitalarios nuestra plataforma virtual para poder realizar ateneos hospitalarios y actividades educativas vespertinas de las residencias médicas. Consulte si hay disponibilidad

A la fecha la respuesta ha sido numerosa y es nuestra compromiso informar los múltiples servicios que lo han solicitado, entre ellos los siguientes:

# En dermatología:

- Hospitales municipales de la CABA: Durand (Lunes 19 a 21 hs), Elizalde (Jueves 10,30 a 12 hs), Fernandez (Jueves 17 a 19 hs), Penna (Jueves 10 a 12 hs), Pirovano (Viernes 10,30 a 11,45 hs c/15 dias), Rivadavia (Viernes 10 a 12 hs), Santojanni (Jueves 11 a 12 hs) y Zubizarreta (Lunes 11 a 12 hs).
- Hospitales de la Provincia de Buenos Aires: De trauma "Federico Abete" (Pablo Nogués) (Martes y Jueves 10 a 12 hs), Interzonal de Agudos "Prof.Dr. Rodolfo Rossi" (La Plata) (Viernes 21 a 22 hs c/15 dias) y "Dr. Raúl Larcade" (San Miguel) (Martes y Jueves 21 a 23 hs).
- Hospital Español (Lunes 8,30 a 10,30 hs) e Italiano (Jueves 9 a 10,30 hs).

# En Otorrinolaringologia:

• Hospitales provinciales: Interzonal de Agudos "Prof.Dr.

Rodolfo Rossi" (La Plata) (Lunes y Viernes 19 a 21 hs), Hospital "Angel Padilla (Tucumán) (Viernes 10 a 11,30 hs) y Hospital Maternal San Roque (Entre Rios) (Miércoles de 20 a 22 hs c/15 dias).

# En pediatria:

• Hospital universitario: Clínicas "José de San Martín" (Jueves 20,30 a 22 hs).

Nuestra intención es colaborar con el sostenimiento de la transmisión de conocimientos tanto en el marco hospitalario como fuera del mismo, favoreciendo la posibilidad de compartirlo con aquellos que no tienen el acceso para lograr una mayor integración.

El esfuerzo que realizamos pretende generar un espacio abierto para la discusión, actualización y divulgación de temas académicos, lo que desde siempre constituyó el ideal de aquellos que transformaron a "Archivos Argentinos de Dermatologia" en una prestigiosa fuente de comunicación y docencia.

> Profesor Doctor Roberto Glorio Director académico AAD



# **UNA INVITACIÓN A PENSAR**



# **Autores**

/ Cannata Laura Valeria<sup>1</sup> / Viola Francisco Juan José<sup>2</sup>

# **Palabras claves**

arte pictórico, humanidades médicas, formación médica.

# **Keywords**

pictorial art, medical humanities, medical training.



Cannata Laura Valeria
E-mail: dracannata@gmail.com
Dirección: España 861,
San Miguel de Tucumán
Tucumán, Argentina
Teléfono: (+54) 3814 098340

# Uso del arte para la formación en medicina

**Use of art for training in medicine** 

# Resumen

Las humanidades médicas utilizan saberes y conocimientos de diversas ciencias y artes para contribuir a la formación clínica y humanista del médico. Así el uso de la pintura es una de las formas de comprender y estudiar la enfermedad. Diferentes estudios muestran que el personal de salud que observa arte optimiza la relación médico paciente. El uso del arte contribuiría a una formación humanista y clínica del médico. Utilizamos pinturas que representan patologías dermatológicas utilizando las mismas como método de aprendizaje de competencias clínicas. Se analizan las patologías dermatológicas presentes y se las asocia a fotografías de esas lesiones en atlas dermatológicos. La exactitud de la representación pictórica permite pensar al soporte pictórico como útil para el aprendizaje de la patología. Esto permitiría que el profesional de la salud considere la apreciación y estudio de la pintura, y mejoraría la sensibilidad ante el sufrimiento.

# **Abstract**

The medical humanities use knowledge and knowledge from various sciences and arts to contribute to the clinical and humanistic training of the doctor. Thus the use of painting is one of the ways of understanding and studying the disease. Different studies show that health personnel who observe art optimize the doctor-patient relationship. The use of art would contribute to a humanistic and clinical training of the doctor. We use paints that represent dermatological pathologies using them as a method of learning clinical skills. The dermatological pathologies present are analyzed and associated with photographs of these lesions in dermatological atlases. The accuracy of the pictorial representation allows us to think of the pictorial support as useful for learning pathology. This would allow the health professional to consider the appreciation and study of the painting, it would improve sensitivity to suffering.

### Educandonos. 2020; 6 (3): 56-60.

 ¹ Médica dermatóloga. Estudiante de la Licenciatura en Artes Plásticas, Universidad Nacional de Tucumán (UNT). Miembro del Laboratorio de Humanidades Médicas, Facultad de Medicina (UNT).
 ² Médico sexólogo. Doctor en psicología. Docente de la cátedra de Antropología Médica (UNT). Director del Laboratorio de Humanidades Médicas, Facultad de Medicina (UNT).

\*Laboratorio de Humanidades Médicas, Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Tucumán. Argentina

# **INTRODUCCIÓN**

No hay arte más difícil de adquirir que el arte de la observación. William Osler

En 1959 el científico Snow pronuncia la conferencia 'Las dos culturas' donde plantea que la falta de entendimiento entre las ciencias y de las humanidades, conlleva un obstáculo para resolver los problemas de las sociedades actuales (1). Esta falta de diálogo, comprensión y trabajo mutuo sigue siendo un problema actualmente. Por eso, integrar otras disciplinas para la formación del "científico" es un recurso. Particularmente, diversos trabajos muestran que el arte puede aportar a las habilidades específicas en la formación médica, lo que le compete a las Humanidades Médicas (HM).

# LAS HUMANIDADES MÉDICAS

Se entiende por Humanidades médicas "una tarea interdisciplinaria que se basa en las fortalezas creativas e intelectuales de diversas disciplinas, incluyendo la literatura, el arte, la escritura creativa, el teatro, el cine, la música, la filosofía, la toma de decisiones éticas, la antropología y la historia, en la búsqueda de metas en educación médica" (2). Por ello, se utilizan saberes y conocimientos de otras ciencias y artes para contribuir a la formación clínica y humanista del médico. Así, entre otros, el uso de la pintura como representación de patologías es una de las formas de comprender y estudiar la enfermedad, percibiéndolas en su contexto. Diferentes estudios muestran que el personal de salud que observa arte puede desarrollar una sensibilidad para la relación médico paciente y con ello fomentar la humanización de la práctica.

# **COMPETENCIAS CLÍNICAS**

Uno de los paradigmas de educación médica se regula por el desarrollo de competencias, que son "el grado de utilización de los conocimientos, las habilidades y el buen juicio asociados a la profesión, en todas las situaciones donde se desarrolla el ejercicio de la práctica profesional" (3).

Una de las competencias clínicas es la observación. Esta ha sido siempre "el arma más importante del médico en el diagnóstico, cuidado y tratamiento del paciente" (4). Remarquemos que se estima "que el

65% de las universidades norteamericanas incluyen actividades de arte en el aprendizaje de la medicina" (5). Autores sugieren que "las artes visuales sirven para mejorar las aptitudes de observación e interpretación, que son importantes en el diagnóstico y en el examen físico" (6). Es decir que el uso del arte es considerado un recurso pedagógico que contribuye al desarrollo de habilidades clínicas.

# DERMATOLOGÍA: DEFINICIÓN. LA PIEL COMO EXPRESIÓN

La dermatología estudia la estructura y función de la piel y las enfermedades que la afectan. Las que surgen de la misma, como las que se manifiestan a través de ella. Por eso "los dermatólogos siempre fueron coleccionistas de imágenes, porque el ejercicio de esta especialidad es posible a gracias a una mayor o menor colección de imágenes de lesiones cutáneas almacenadas, con más o menos fortuna, en el intelecto" (7). La piel, se afirma, "es un órgano de expresión, una cubierta que marca la individualidad de los seres humanos, una membrana aislante que protege al hombre del medio externo" (8).

El dermatólogo al realizar "el diagnóstico clínico involucra la observación, la descripción y la interpretación de la información visual" (9). El dermatólogo ve imágenes en la gente y detecta las formas, los colores, las texturas de los objetos y con el tiempo y la repetición aprende a reconocer patrones. Por eso, se dice que la dermatología es el "arte del mirar".

Para la pintura, la piel es lo que se muestra, lo que se representa; por su parte, para la dermatología, donde se aprende a mirar para descubrir sus secretos que, implican, las posibles patologías.

Nuestra propuesta consiste en utilizar el arte como un recurso útil para una formación humanista y para formar clínicamente. Sugerimos usar cuadros que representen patologías dermatológicas como instrumento de aprendizaje de competencias clínicas. Seleccionamos pinturas en las que se analiza las patologías de piel existentes y se las asocia a imágenes de lesiones dermatológicas.



**Figura 1.** Rinofima: A la izquierda podemos observar la lesión en la pintura y compararla con una fotografía de un paciente con una lesión similar.

# CUADROS UTILIZADOS: DESCRIPCIÓN ARTÍSTICA

A modo de ejemplo sugerimos utilizar los siguientes cuadros:

(I) "Retrato de un anciano y un niño pequeño" (1490). Doménico Ghirlandaio (1449 - 1494). Óleo sobre tabla 62 x 46 cm - Museo del Louvre, París.- Renacimiento italiano. Patología representada: Rosácea-Rinofima. (Fig. 1). La pintura presenta un gran realismo. Se destaca la deformidad de la nariz del anciano un signo de rinofima. La deformidad es evidente. Por esto la hace una de las obras más curiosas del *Quattrocento* italiano.

(II) "Cristo ante Pilatos" (1500). Roderic d Ósona (1440 - 1518). Óleo sobre tabla 126 x 84 cm. - Museo del Prado, Madrid - Renacimiento de la península ibérica. Patología representada: Rinofima. Cianosis en nariz y labios.

Se observan personajes con distintas funciones. Tanto Pilatos como el escriba presentan un grado de cianosis en nariz y labios, típico de cardiópatas. También se observa el rinoescleroma. El sayón presenta un rinofima. También presenta arrugas marcadas, cuello ancho y una alopecia de distribución poco habitual.

(III) "Joven dama con rosario" (1609-1610). Peter Paul Rubens (1577 - 1640). Óleo sobre tabla 107 x 96.7 cm - Museo Thyssen-Bornemisza, Madrid. Escuela Flamenca. Patología representada: Rosácea-Lupus. (Fig. 2).

Este retrato es de una dama sin identificar que data entre 1609 y 1610. Sus mejillas se presentan enrojecidas y con discretos relieves en su superficie, lo que presupone la presencia de una Rosácea, pero no podemos descartar un Lupus Eritematoso.

(IV) "Thymotheos, Leal Souvenir" (1432). Jan van Eyck (1390 - 1441). Óleo sobre tabla 34.5 x 19 cm -The National Gallery, London. Escuela Flamenca. Patología representada: alopecia areata universal

Es un retrato enigmático, el personaje no fue identificado. El joven presenta mirada taciturna y sorprende la ausencia de cejas y pestañas (madarosis) que le da un aspecto misterioso. También se observa la ausencia de cuero cabelludo, por lo que se podría hacer el diagnostico de alopecia universal. A nuestro parecer hay un elemento crucial que no se referencia en la literatura. Si uno ve la imagen del personaje se podría sospechar, por la configuración de los rasgos del rostro y por como impresionan el tamaño de los brazos, que tendría enanismo (Hipocondroplasia).



Figura 2. Rosacea/Lupus: En ambas imagenes (tanto pintura como fotografia) podemos observar eritema malar.

(V) "El Retrato de Jacopo Soranzo" (1550). Tintoretto - Jacopo Comin - (1518 - 1594). Óleo sobre lienzo 106 x 90 cm. Galería de la Academia, Venecia. - Escuela Veneciana-Manierismo.

Patología representada: carcinoma basocelular.

Al observar el rostro descubrimos una lesión ulcerada en la raíz nasal, que presenta bordes infiltrados, también se observa otra lesión similar en el parpado inferior del mismo lado. Con estas características podríamos diagnosticar un carcinoma basocelular plano cicatrizal, un tumor maligno.

# USO DE LAS ARTES PICTÓRICAS COMO SOPORTE PARA EL APRENDIZAJE

El arte, como recurso pedagógico para el estudio de la medicina está difundido en el hemisferio norte. Hidalgo menciona que "se ha estimado que el 65% de las universidades norteamericanas incluyen actividades de arte en el aprendizaje de la medicina [...] (10). Esta actividad se utiliza también, con los mismos fines, en universidades de Canadá, Australia y en algunas europeas". En América latina hay menos referencias. El uso de las artes visuales sirve para: 1) Mejorar el análisis visual, útil para la práctica asistencial; 2) Favorecer

Diferentes estudios muestran que el personal de salud que observa arte optimiza la relación médico paciente. El uso del arte contribuiría a una formación humanista y clínica del médico.

el desarrollo de la empatía; 3) La observación de los contextos social y cultural, 4) El desarrollo personal.

Por ello, se utiliza los soportes artísticos para contribuir a la formación integral, léase humana, y, de otra parte, al desarrollo de habilidades específicas. En dermatología eso se asocia directamente con "el arte de observar".

En una primera aproximación al uso de pinturas constatamos que, generalmente, los estudiantes de medicina al ver la fotografía de la patología se remiten a la lesión circunscripta. Esto ya canaliza la atención médica al problema específico y no al contexto. Cuando se mostró las imágenes pictóricas, comenzaron a ver otros detalles, reconociendo el contexto sociocultural. Este simple ejercicio es una muestra de la propuesta del uso del arte para la formación.

Tenemos que hacer dos salvedades:

- Arte y medicina no es igual a arte-terapia. Nuestro objetivo es utilizar el arte como soporte del aprendizaje del estudiante, tanto de grado como de posgrado. La arte-terapia es la utilización del arte como recurso terapéutico.
- El uso del arte como soporte pedagógico no persigue un fin limitado al desarrollo cultural, sino persigue el desarrollo sistemático del "arte de mirar".

En términos más actuales sería desarrollar lo que se conoce como "inteligencia visual".

# **DISCUSIÓN**

La representación pictórica permite pensar a los cuadros como una "excusa" para el aprender la patología, lo que, permitiría, el objetivo central: que el profesional de la salud considere la apreciación y el estudio de la pintura, lo que apuntaría a mejorar el desarrollo del "arte del mirar" integralmente.

Si solo viésemos un signo dermatológico la fotografía sería superior. Pero la pintura implica una forma de percibir una realidad, un contexto y una sensibilidad. En las pinturas que seleccionamos, constatamos que el signo dermatológico resalta, pero, aun así, el resto está allí, convocando la mirada. El uso sistemático del arte como parte de la formación desarrolla el aumento de la percepción de los detalles (algo fundamental para el diagnóstico) y estimula el ver otra perspectiva, sumando a los hechos la noción del otro en su complejidad. Esto, agrega a la práctica médica lo que bien define Pérez Tamayo: "La medicina no es una ciencia y, quizás tampoco un arte, sino un espacio creado para que el encuentro humano colabore en la superación del sufrimiento utilizando los mejores recursos de la ciencia y del arte" (11).

# Referencias

- Snow CP. The Two cultures and the scientific revolution. 1ra edición. Cambridge University press, New York, 1959.
- Kirklin D. The Centre for Medical Humanities. Acad Med. 2003, 78: 1048-1053
- Kane MT. The assessment of professional competence. Eval Health Prof. 1992; 15: 163-182.
- Braverman I. To see or not to see: How visual training can improve observational skills. Clin Dermatol. 2011; 29: 343-346.
- Rodenhauser P, Strickland MA, Gambala CT. (2004) Arts-related activities across U. S. medical schools: A follow-up study. *Teach Learn Med*. 2004: 16: 233-239.
- Strickland MA, Cecilia T. Gambala & Paul Rodenhauser. Medical Education and The Arts: A Survey of U.S. Medical Schools. Teach

- Learn Med. 2002: 14: 264-267.
- Marques Serrano O. La piel en la pintura. 1ra edición. Amazon editor, Madrid. 2009.
- Gutiérrez-Mendoza D. Dermatología: Ciencia y arte de mirar. Gac Méd Méx. 2008; 144: 175-178.
- Bardes CL, Gillers D, Herman AE. Learning to look: developing clinical observational skills at an art museum. *Med Educ*. 2001; 35: 1157-1161.
- Hidalgo A, Bordallo J. Cantabrana B. Utilidad potencial de las artes visuales en la enseñanza de la medicina. Educ Med. 2018; 19: 284-293.
- 11. Pérez Tamayo, R. Serendipia: ensayos sobre ciencia, medicina y otros sueños. 1ra edición. Siglo Veintiuno Editores, México, 1980.

La humanidad empezará a merecer su nombre el dia en que haya cesado la explotación del hombre por el hombre

"

Julio Cortázar



# **UNA INVITACIÓN A PENSAR**



# Autor / Saldumbide Vilma<sup>1</sup>

# **Palabras claves**

educación, pandemia.

# **Keywords**

education, pandemic.



Saldumbide Vilma E-mail: vilmasaldum@yahoo.com.ar Dirección: Huergo 210, piso 7 depto A CABA, Argentina Teléfono: (+54 11) 4771 4847

# "Educación en época de cuarentena..." "El aprendizaje y el placer van juntos..."

"Education in quarantine times..." "Learning and pleasure go together..."

# Resumen

"La Pandemia en la educación"... "La Educación en crisis...", "La tragedia educativa"... "La Educación devaluada"... "La Educación postergada"... Cuando fijamos la óptica sobre las cosas negativamente, parece que en realidad se profundizan y encarnan esos aspectos. Por el contrario, cuando fortalecemos los rasgos positivos, se despliegan con más facilidad las posibilidades que hay en cada uno de nosotros. Mi propósito es que, con estas reflexiones, podamos pensar en la educación desde un abordaje optimista, constructivo y de despegue.

### Abstract

"The Pandemic in education"... "Education in crisis...", "The educational tragedy"... "Education devalued"... "Education delayed"... When we give visibility to the little things negatively, it seems that they actually deepen and embody those aspects. On the contrary, when we strengthen positive traits, the possibilities that exist in each one of us unfold more easily. My purpose is that, with these reflections, we can think about education from an optimistic, constructive and take-off approach.

# Educandonos. 2020; 6 (3): 62-64.

<sup>1</sup> Licenciada en Ciencias de la Educación, Licenciada en Psicologia Ex Rectora del Instituto Libre de Segunda Enseñanza (ILSE-UBA) Ex Rectora del Instituto Elena Frondizi de Seghetti Ex Rectora del Instituto Sarmiento "La Pandemia en la educación"... "La Educación en crisis...", "La tragedia educativa"... "La Educación devaluada"... "La Educación postergada"...

Cuando fijamos la óptica sobre las cosas negativamente, parece que en realidad se profundizan y encarnan esos aspectos. Por el contrario, cuando fortalecemos los rasgos positivos, se despliegan con más facilidad las posibilidades que hay en cada uno de nosotros.

Mi propósito es que, con estas reflexiones, podamos pensar en la educación desde un abordaje optimista, constructivo y de despegue.

Si comenzamos acordando que la Educación es un proceso fundante en la vida del individuo y en el desarrollo social, podemos afirmar que ella es el pilar del crecimiento del país y el motor esencial en la construcción de cada persona.

Entonces... por qué es tan trabajoso todo lo referente al campo educativo?

Diversas épocas han adoptado distintas "modas pedagógicas".

Es verdad que el tiempo ha transformado los paradigmas, y con ellos la idea del ser humano, sus potencialidades, sus recursos, sus valores...

Obviamente la Educación fue mutando junto a ese devenir, a veces vertiginoso del tiempo, y al avance de la ciencia con sus aportes en todos los campos del saber, que fueron transformando, resilientemente a la Educación.

Sin embargo también se han producido desorientaciones y pérdidas de rutas...

Los dos pilares que sostienen, complementan, y comparten la educación del individuo, la familia y la escuela, también mutan a través del tiempo su estructura, su funcionamiento, sus roles, sus vínculos, luchando por reubicarse y no perder metas válidas y esenciales.

De repente un acontecimiento irrumpe en el mundo, nunca tan globalizado.

La sombra de la destrucción, la muerte, el peligro y la incertidumbre, acecha y sorprende a los individuos, a las instituciones, a los países.

De pronto el ser humano toma conciencia plena de su vulnerabilidad, que lo hará reaccionar dentro de un gran abanico de respuestas posibles: desde la omnipotencia / negación (nada pasará)...hasta el gran desasosiego que lo desequilibrará emocionalmente, hasta llegar al pánico y la parálisis de acción (todo se derrumbará)...

Qué difícil es atravesar una pandemia!

Que necesario tener una Educación que prepare para superar la incertidumbre, poder cambiar ciertas rutinas, modificar perspectivas, adaptar los vínculos interpersonales y recrear nuevos espacios!!

La familia, cada una con su historia, sus particulares estructuras y posibilidades, atravesará múltiples formas de funcionamiento y deberá recrear nuevos formatos de convivencia.

La escuela, también con su historia institucional, sus recursos, su contexto y su realidad, tuvo que ponerse en acción ante este nuevo escenario impensado y repentino. Y así se abrió el año 2020, en medio de múltiples miedos y diferentes herramientas de trabajo.

La desorientación inicial duró distintos tiempos, que tenían que ver con los recursos humanos y didácticos, con que contaba cada país, cada ciudad, cada institución. En el caso de Argentina hubo un común denominador: el "ser docente".

Más allá de las regiones y los bienes materiales, los docentes hicieron posible que el esfuerzo realizado, a pesar de los diferentes resultados, amortiguarán las difíciles circunstancias.

Un despliegue de recursos diversos se vivieron en los distintos contextos:

desde las dinámicas plataformas informáticas, los modernos organizadores para las clases, las reuniones, las evaluaciones, los talleres grupales, los encuentros con padres; pasando por trabajosas guías manuales, fotocopiadas o enviadas por whatsapp; hasta la búsqueda paciente de una señal arriba de un cerro para que una tarea llegue a destino desde un modesto celular...

Esta pandemia nos mostró rostros bien diferentes de nuestra Educación, pero no antes ignorados. Los contrastes regionales, las comodidades de ciertas áreas en cuanto a recursos y posibilidades versus las carencias en otras, no las descubrimos a causa de ella. Por lo menos, los que transitamos hace décadas en esta maravillosa tarea que es Educar...

En estos trabajosos días de cuarentena, familias, docentes, alumnos, todos en algún momento "buscamos culpables". El miedo suele empujarnos a ello.

La familia, de repente, vió irrumpido su hábitat con esta "escuela domiciliaria", que los convocaba a un apoyo para el cual no siempre se tenía voluntad o posibilidades. Los docentes, muchas veces carentes de la capacitación necesaria para un trabajo a distancia, se vieron exigidos a realizar aprendizajes acelerados para cumplir con semejante demanda.

Las instituciones fueron impensadamente puestas en "jaque" por las exigencias familiares y sociales.

Todos tenían algo de razón... y no era un momento muy propicio para la calma, la paciencia y la reflexión.

El correr de las semanas calmó las aguas..., con diversos réditos, obviamente, en la diversidad planteada, pero también con muy buenos aprendizajes para todos: familia, escuela y sociedad.

Y ahora.... Qué...? La post cuarentena??

Más allá de los protocolos para la reapertura de las escuelas, y mientras la política, la economía, los grupos de trabajo revisan y analizan las desigualdades y contrastes con que seguimos transitando desde tantas épocas... y mientras esperamos que en tres o cuatro años todos los alumnos del país disfruten de la conectividad y las herramientas tecnológicas prometidas, que serán, por cierto, muy valiosas...

Qué haremos ??

Una vez más los grandes debates sobre las modificaciones del Sistema Educativo?

Será bueno hacerlo. A fondo. Con especialistas de todas las áreas y de todas las comunidades geográficas.

Pero pensando en que todo esto conlleva a largas jornadas de trabajo y tiempo, pienso que algo más hay que revisar. Ya...

Aprovechando las sabias y simples palabras de Epicuro (siglo IV y III. a JC):

"El aprendizaje y el placer van juntos"...

Y clarificando que no se refiere al placer como algo lúdico solo superficialmente divertido, deberíamos replantear

algunos paradigmas de la Educación actual.

Es en ella imprescindible una transformación más profunda del individuo, disfrutando del conocimiento, de la ciencia, del arte, de la investigación, la vida saludable, lo vital de un grupo, la solidaridad.

A lo cual debería agregarse aquellos valores fundantes como la humildad, la justicia, la fe, la independencia, la empatía...

Bajando todo esto al seno de la escuela, implica que cada institución pueda ejercer una gestión que permita desarrollar según sus necesidades y perfiles específicos, las curriculas, las metodologías, los criterios pedagógicos, la formación docente y los proyectos que sean significativos y posibles para esa comunidad.

Esto estimula el crecimiento y las posibilidades de la región y su gente.

Esto no implica dispersión ni anarquía, sino respeto, estímulo v aval de la autonomía.

Autonomía que tendrá en cuenta la matriz curricular como país y el perfil compartido de ciudadano, pensante, reflexivo, problematizado y generador de ideas y provectos.

De todas formas, la tecnología abre el mundo a todos los rincones de la tierra y del espacio. En esto radica uno de sus grandes valores.

Unido al desarrollo humanístico y científico aquí planteado, creo que puede dar lugar a ser nuestro, país un rico polo educativo.

# **JORNADAS DE EDUCACIÓN MÉDICA** CONTINUA





# **CURSO VIRTUAL**

# **Curso virtual "Pandemia por Covid-19"**

• Directores: Prof. Dr. Hector Carvallo y Prof. Dr. Roberto

Curso online de Dermatopatología. Patrones inflamatorios cutáneos. "Ver lo que delante de tus ojos está"

Próximo curso: comienza el 5 de octubre

- Coordinadora: Gabriela Pérez
- Co-Coordinador: Roberto Schroh

Contacto: info@archivosdermato.org.ar

# CLIDAN LOCIÓN

XYLITOL

# CLINDAMICINA

NIACINAMIDA

# INNOVACIÓN EN EL CONTROL DEL ACNÉ





# LA PRESENTACIÓN MÁS SIMPLE DEL MERCADO, PARA UNA DOSIFICACION PRECISA





30 GOTAS



= 1 COMPRIMIDO = 6 mg



- IVERCASS GOTAS FÓRMULA DE FÁCIL ADMINISTRACIÓN PARA NIÑOS Y ADULTOS.
- IVERCASS GOTAS GARANTIZA EL TRATAMIENTO COMPLETO PARA TODA LA FAMILIA.
- APROBADA POR FDA/ANMAT SU ADMINISTRACIÓN EN ADULTOS Y NIÑOS A PARTIR DE LOS 15 KG DE PESO.

Al virus lo frenamos entre todos. Viralicemos la responsabilidad.



Vocación científica. Compromiso social.