

Educando Nos

Programa de Educación Médica Continua de Archivos Argentinos de Dermatología



Sumario

Año 2022, Volumen 8, Número 3

Julio, Agosto, Septiembre 2022

ISSN 2683-8753

3

Editorial

Ciencia y consciencia

Perez Gabriela

4

Reglamento de publicación

Artículo de investigación

6

Investigación científica durante el grado en medicina: impacto a corto plazo y en la futura actividad profesional

Uriel Nicolás Simon, et al.

Cátedra de Microbiología, Facultad de Medicina, Universidad del Salvador, CABA.

Casos clínicos

12

Lepra lepromatosa borderline

Daher María Florencia, et al.

Hospital Córdoba, Córdoba.

18

Sarcoma pleomórfico dérmico

Romagnoli Carla, et al.

Hospital Privado Universitario de Córdoba, Córdoba.

24

Poroma ecrino

Herlein María Pia, et al.

Hospital Churruca, CABA.

28

Hidradenitis Supurativa asociada a Pioderma Gangrenoso

Marini Mariano, et al.

Sanatorio Guemes, CABA.

34

Síndrome de Löfgren: manifestación cutánea infrecuente de la Sarcoidosis

Valentine Paula, et al.

Hospital General de Agudos "Dr. Juan A. Fernández", CABA.

40

Tinción circunstancial de la piel, por manipulación de frutos de la palmera pindó

Chirino Carlos, et al.

Policlínico Regional "Juan Domingo Perón", Villa Mercedes, San Luis

48

Paniculitis lúpica como única manifestación de lupus eritematoso

Miraglia Eugenia, et al.

Hosp. HIGA, La Plata, Buenos Aires.

54

Signo de bote como primera manifestación de un molusco contagioso solitario

Ferreira María Victoria, et al.

Hospital General de Agudos "José María Penna", CABA.

58

Síndrome similar a lupus eritematoso cutáneo en paciente tratado con Adalimumab

Server Vera, et al.

Hospital Provincial del Centenario, Rosario, Santa Fe, Argentina.

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")

Leiro Viviana (Hospital de infecciosas "Francisco Muñiz")

Perez Gabriela (Hospital General de Agudos "José M. Penna")

Clidan 300

CLINDAMICINA 300MG

SUPERANDO LÍMITES ANTE LA RESISTENCIA BACTERIANA



BAJO ÍNDICE DE RESISTENCIA

ALTA EFECTIVIDAD FRENTE A ANAEROBIOS

TRATAMIENTO DE INFECCIONES PROFUNDAS



* EDITORIAL

Ciencia y consciencia

Hacia finales del siglo XVI un hecho cambió para siempre la concepción de la ciencia por aquellos tiempos regida por el oscurantismo del medioevo, la aparición de Galileo Galilei y su método científico. La ciencia moderna nació con un experimento imaginario con el que Galileo demostró que sin importar su peso, todos los cuerpos soltados a una misma altura y en caída libre alcanzaban el suelo en el mismo momento. El método científico estableció criterios que permitían corroborar o descartar hipótesis mediante la experimentación y la elaboración de teorías y leyes y no por simples elucubraciones muchas veces alineadas con las restricciones socioculturales de la época. Usando el método como herramienta, la ciencia moderna avanzó a tal velocidad que en la actualidad es imposible leer cualquier revista científica sin desconocer al menos alguno de los temas tratados.

Pero el enfoque de la ciencia moderna, exitoso por haber puesto fuera de sus fronteras a la subjetividad, se ha topado con una dificultad casi insalvable por definición, entender la consciencia, el aspecto intrínsecamente subjetivo de cada ser y en palabras del filósofo Philip Goff, esto ha sido llamado El error de Galileo. La percepción ajena es conocida sólo a través de lo reportado por el sujeto, y el reporte está muchas veces limitado por el lenguaje, hablado, escrito, pintado o esculpido. Decía Cézanne que un pintor debería poder pintar el olor de los árboles para que un cuadro sea completo y la evolución de la pintura renacentista no encontró forma de representar la perspectiva lineal hasta la aparición de Filippo Brunelleschi y su experimento frente al Baptisterio de San Juan.

La subjetividad es un concepto muy difícil de explicar desde la ciencia moderna porque las condiciones de experimentación difieren de sujeto a sujeto, es por

eso que los grandes avances de la medicina se dan usualmente ante la aparición de instrumentos que arrojan objetividad para un diagnóstico correctamente interpretado. Sin embargo, cuando los estudios no dejan concluir nada con certeza, son el médico y el paciente, dos sujetos con sus percepciones y sus consciencias quienes tratan de ayudarse para resolver el problema. Algunas veces el médico pregunta, ¿De uno a diez, cuánto es el dolor?, o, ¿Es un dolor puntual o difuso? Y cada paciente contesta con su escala de percepción del dolor, con su escala de percepción de la puntualidad o difusividad del fenómeno, es decir, con su manera de percibir el fenómeno, claramente esta subjetividad es imposible de ser medida.

Hay, sin embargo, rarezas como el daltonismo o la epilepsia que, a través del método científico, ayudan a los investigadores a entender y describir cada vez con más precisión, la percepción y el estado y la calidad de la experiencia consciente.

Existe un gran debate entre investigadores de la consciencia que apoyan en líneas generales dos teorías, la teoría de la información integrada (IIT), de Giulio Tononi y colaboradores y la teoría del espacio global de trabajo (GWS). También hay actualmente un esfuerzo por poner a pruebas estas teorías y conciliarlas o descartarlas y tal vez sea momento de enfrentar el problema de la consciencia y la percepción con herramientas adicionales a las del método científico actual, que necesariamente debe ser actualizado para explicar aquello que por definición ha excluido.

Gabriela Perez
Medica dermatopatologa
del Hospital Penna

* Reglamento de Publicación



GENERALIDADES

“Educandonos” es una revista trimestral (4 fascículos por año) elaborada por “Archivos Argentinos de Dermatología” que publica trabajos originales de temas referentes a la dermatología y especialidades afines así como también artículos 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 clínico 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.

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 10 palabras.
- **Nombre y apellido completo de los autores** (hasta 8 por artículo). Con un superíndice identificar los datos académicos de cada uno. Institución de pertenencia (Dirección y teléfono).
- **Correo electrónico** del autor que recibirá las notificaciones.
- **Resumen:** en español e inglés (abstract). Extensión máxima 150 palabras. Evitar siglas, abreviaturas o citas bibliográficas.
- **Palabras clave:** En español e inglés (Keywords). Tres (3) como máximo.

Texto del artículo:

- **Artículo original de investigación:**
 - **Extensión:** mínimo de 6 páginas y máximo de 8 páginas.
 - **Estructura:** a) Introducción (Incluye problema y objetivos). b) Material y métodos. c) Resultados. d) Comentarios (Incluye conclusiones y discusión).
- **Caso Clínico:**
 - Extensión: mínimo de 4 páginas y máximo de 6 páginas.
- **-Estructura: a) Introducción. b) Caso clínico (hasta 3 casos) o Serie de casos. c) 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 microorganismos se citan en cursiva (itálica) y con mayúscula.

* Reglamento de Publicación



Referencias:

- Se aceptan hasta 20 como máximo.
- Se deben citar en el orden en que las menciona en el texto, mediante números arábigos (con superíndice), al final de la frase o párrafo en que se las alude.
- Las referencias consecutivas van separadas por un guión Ej. (2-6) y las no correlativas 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 al”.
- 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. Dermatitis neutrofílica febril aguda (syndrome de Sweet) En: Goldsmith L, Katz S, Gilcrest B, Paller A, et al. Fitzpatrick Dermatología en Medicina General. 8ª edición. Ed Panamericana, Buenos Aires, 2014: 362-370.

- **Textos electrónicos:** se debe agregar lo siguiente: “Disponible en” y “Fecha de consulta”.

Figuras: (fotografías, dibujos, gráficos y esquemas)

- Se deben identificar cada uno de ellos en forma progresiva en números 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 (JPEG), sin compresión. No enviar las fotografías pegadas en Word. La resolución de la imagen no será menor a 6 megapixels, preferentemente con cámara fotográfica ó cámara de celulares en alta resolución. El tamaño de cada imagen debe ser, como mínimo, de 2500 píxeles de ancho por lo que dé de alto, para poder llegar a la mejor resolución.**

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. Se debe describir la fuente (ej. elaboración propia o cita de su procedencia).

SECCIONES

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

- **Primera página:** Ver descripción precedente.
- **Texto del artículo:** -Extensión: mínimo de 4 páginas y máximo de 6 páginas.
- **Estructura:** Organización libre. Se pueden utilizar subtítulos.
- **Referencias:** Ver descripción precedente.
- **Figuras:** (fotografías, dibujos, gráficos y esquemas) y Cuadros (tablas): Ver descripción precedente. Se aceptarán hasta 4 como máximo.

Envío de casos: info@archivosdermato.org.ar



Autores

/ Simon Federico Uriel Nicolás¹
/ Sobrado Eugenia Pia²
/ Petruszynski Julieta Anaquel³
/ Velazquez Nieva Melina Abigail⁴
/ Distefano Sofía⁵
/ Farinati Alicia⁶

Palabras claves

*Ayudantes de microbiología,
investigación de grado, actividad
profesional.*

Investigación científica durante el grado en medicina: impacto a corto plazo y en la futura actividad profesional

Scientific research during the degree in medicine: short-term impact and future professional activity

Fecha de recibido: 25/06/22 / Fecha de aceptado: 15/08/22

Resumen

Los estudios científicos realizados por los ayudantes de cátedra validaron la correlación positiva entre la investigación realizada durante la formación universitaria y la influencia posterior en su vida profesional. Estos datos se obtuvieron a través de una encuesta. El análisis retrospectivo de las actividades de la Cátedra de Microbiología entre los años 2009-2021 arrojó los siguientes resultados: se realizaron 88 trabajos de los cuales 44 se presentaron en congresos nacionales y 44 en internacionales. Se abarcaron diferentes temas particularmente los relacionados con el comportamiento de ciertos microorganismos frente a antimicrobianos, moléculas estresantes, y análisis de la formación de biopelículas en diferentes patologías infecciosas. La participación de los ayudantes de cátedra de Microbiología en los diferentes trabajos indujo a cada uno a perfeccionarse en la materia y adquirir numerosas destrezas. Posteriormente esta influencia fue aplicada por varios de ellos en su vida profesional. El presente trabajo tiene como objetivo describir la experiencia en investigación de los ayudantes de cátedra de Microbiología de la Facultad de Medicina de la Universidad del Salvador, la influencia que ejerció la misma a corto plazo y la que puede tener en el futuro, en su desempeño como profesionales.

Educandonos. 2022; 8 (3): 06-11.

¹ Jefe de Trabajos Prácticos

² Subjefe de Trabajos Prácticos

³ Ayudante de Cátedra

⁴ Ayudante de Cátedra

⁵ Ayudante de Cátedra

⁶ Profesora Emérita Titular de Microbiología Clínica y Parasitología

 Cátedra de Microbiología y Cátedra Extracurricular de Biopelículas, Facultad de Medicina, Universidad del Salvador, Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA), Argentina

INTRODUCCIÓN

La ayudantía de cátedra consiste en actividades programáticas y extraprogramáticas, remuneradas y/o “ad-honorem”, que son llevadas a cabo por alumnos que han regularizado la asignatura y cumplen con los requisitos demandados por la institución y el departamento del cual pretenden formar parte. Esta cumple un rol fundamental en el funcionamiento de la cátedra, que se complementa con las actividades del cuerpo docente. De esta manera se facilita la interacción con los alumnos y se imprime mayor dinamismo a la enseñanza. Además refuerza aptitudes académicas, como el pensamiento crítico, formulación de preguntas, comprensión de las metodologías de investigación, análisis de datos y evaluación criteriosa de la literatura^{1-4,7}.

Las actividades se pueden dividir en tres categorías: docentes, prácticas y tareas de investigación. 1) Actividades Docentes: brindar tutorías complementarias a las clases teóricas, redactan bajo supervisión preguntas para exámenes escritos y colaboran en la evaluación de exámenes orales. Además participar en clases prácticas donde se afianzan conceptos impartidos en las clases teóricas. 2) Actividades prácticas: participar en el procesamiento de las muestras, como son la preparación de medios especiales, esterilización, coloraciones, cultivo, microscopía, fotografía y video. 3) Tareas de investigación: participar en la propuesta de proyectos, búsqueda bibliográfica, redacción de protocolos, procesamiento de muestras.

La investigación tiene gran importancia al permitir el advenimiento de nuevas tecnologías y procedimientos. La misma se lleva a cabo principalmente en los países desarrollados donde hay mayor inversión de capital y promoción de la investigación temprana^{1,5}, a diferencia de los países en vía de desarrollo donde hay menor inversión y escasez de recursos^{2,3}. Esto se puede apreciar en la distribución de los investigadores en el mundo, que se muestra en la figura 1”⁶.

OBJETIVO

Describir la experiencia en investigación de los ayudantes de cátedra de Microbiología (ACM) de la Facultad de Medicina de la Universidad del Salvador, la influencia que ejerció la misma a corto plazo y la que puede tener en el futuro, en su desempeño como profesionales.

“ Lo que más sorprende del hombre occidental, es que pierden la salud para ganar dinero, después pierden el dinero para recuperar la salud. Por pensar ansiosamente en el futuro, no disfrutan del presente ni del futuro. Y viven como si no tuviesen que morir nunca... y mueren como si nunca hubieran vivido ”

Dalai Lama

Correspondencia

Farinati Alicia.
E-mail: farinati.alicia@usal.edu.ar
Dirección: Av. Córdoba 1601, CABA, Argentina.
Teléfono: (011) 6074 0350

MATERIALES Y MÉTODOS

Materiales: Se utilizó como base de datos, las presentaciones realizadas por los ACM en Congresos Nacionales, Internacionales y publicaciones del periodo 2009 - 2021. Estos trabajos fueron efectuados bajo protocolo del Vicerrectorado de Investigación y Desarrollo (VRID) de la Universidad y otros derivados de los mismos con la participación, en algunos casos, de la industria farmacéutica.

Métodos: Estudio analítico, descriptivo y retrospectivo. El procesamiento de datos se efectuó mediante el uso de "Google app for works". Se efectuó una encuesta a 12 profesionales que fueron ACM en dicho periodo.

RESULTADOS

En el periodo considerado pasaron por la cátedra de Microbiología 12 ayudantes y se efectuaron 88 trabajos con la participación de los mismos. Las investigaciones fueron presentadas en 44 congresos Nacionales y 44 Internacionales. (Ver Tabla 1 y Fig. 2).

Estas investigaciones se publicaron en revistas con referato en 10 oportunidades. Además varios fueron seleccionados para su publicación en los anuarios de la Universidad. Uno de ellos (ICAAC 2012) fue premiado por la American Society of Microbiology. (ASM).

A partir del análisis en la distribución de las presentaciones se obtuvieron los siguientes datos: (A): Se presentaron 88 trabajos, 44 internacionales distribuidos en 9 congresos diferentes, y 44 nacionales distribuidos en 7 congresos. (B): Los años 2012 y 2013 fueron los años con mayor cantidad de presentaciones (16). En 2012 6 fueron internacionales y 10 nacionales, y en 2013 9 fueron internacionales y 7 nacionales. Todos los años hubo presentaciones en congresos. (C): Nacionales e internacionales. Salvo en 2015 y 2020 para el marco nacional y 2021 para el marco internacional. (D): La media de publicación por año fue de 6,76. La media de publicación por año pre-pandemia COVID-19 fue de 7,7. (E): Los congresos internacionales donde se presentaron más trabajos fueron: La Asociación Panamericana de Infectología (API) con 10 de 44 (23%), al igual que "Interscience Conference on Antimicrobial Agents and Chemotherapy" (ICAAC) con 10 de 44 (23%), seguidos por MICROBE con 9 de 44 (20%), representando conjuntamente el 66% de las presentaciones. Los

Fig. 1. Número de investigadores por millón habitantes (Adaptado de Datos Banco Mundial - UNESCO) ⁶

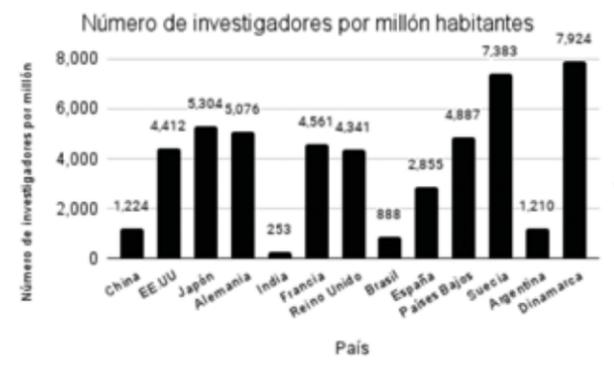
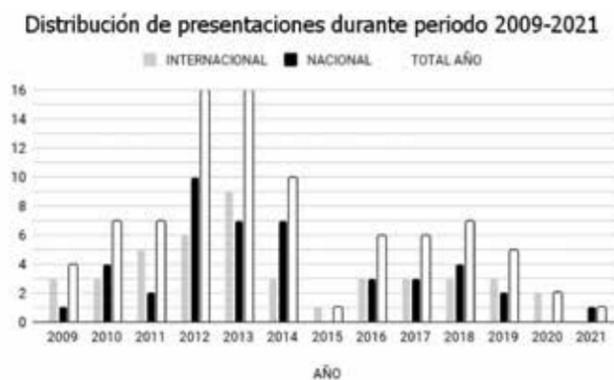


Fig. 2. Distribución de presentaciones a lo largo del tiempo.



Congresos Nacionales donde se presentaron más trabajos fueron: La Sociedad de Ginecología y Obstetricia Buenos Aires (SOGIBA) con 11 de 44 (26%), seguidos por el Congreso Argentino de Microbiología con 9 de 44 (20%), representando el 46% de las presentaciones.

Se envió encuesta a los 12 ex-ayudantes, de los cuales 7 (60%) respondieron la misma. Constó de 6 preguntas:

1) ¿Cuándo fue ayudante, participó en proyectos de investigación propuestos por la cátedra y/ o (Vicerrectorado de Investigación y Desarrollo) VRID? A) 7 (100%) Sí. B) 0 (0%) No.

2) Marque qué destrezas le permitió adquirir su participación en la cátedra. A) Revisión bibliográfica 7 (100%) B) Manipulación de muestras 6 (86%) C) Observación microscópica 6 (86%) D) Redacción de trabajos 5 (71%) E) Preparación de materiales 7 (100%) F) Desarrollo de pensamiento crítico 7 (100%) E) Trabajo en equipo 2 (29%)

Tabla 1. Distribución de las publicaciones según congreso a lo largo del periodo 2009-2021. Se representa en fondo gris los congresos Internacionales, en blanco los nacionales.

Año/ Congreso	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	TOTAL	% TOTAL	% PARCIAL (44)
API	2		4		3						1			10	11%	23%
BIOFILM				2										2	2%	5%
ICAAC	1	1	1	3	1	2	1							10	11%	23%
ICID		2		1						2				5	6%	11%
ECCMID					2						1			3	3%	7%
EUBIOFILM					3									3	3%	7%
MED PERIN						1								1	1%	2%
FORUM MIC								1						1	1%	2%
MICROBE								2	3	1	1	2		9	10%	20%
SOGIBA	1	1	1	2	2	2		1			1			11	12%	25%
SADI		1	1	2		1		1			1		1	8	9%	18%
CAM		2			5					2				9	10%	20%
SADEBAC				2										2	2%	5%
JIC				4		1			2	1				8	9%	18%
JAM						1								1	1%	2%
JIU						2		1	1	1				5	6%	11%
TOTAL	4	7	7	16	16	10	1	6	6	7	5	2	1	88	100%	
%	4%	8%	8%	18%	18%	11%	1%	7%	7%	8%	6%	2%	1%	-	100%	

SOGIBA: Sociedad de Ginecología y Obstetricia Buenos Aires, **SADI:** Sociedad Argentina de Infectología, **CAM:** Congreso Argentino de Microbiología, **SADEBAC:** Sociedad Argentina de Bacteriología, **JIC:** Jornadas Intercátedras, **JAM:** Jornadas Argentinas de Microbiología, **JIU:** Jornadas Interuniversitarias. **API:** Asociación Panamericana de Infectología, **ICAAC:** Interscience Conference on Antimicrobial Agents and Chemotherapy,

Tabla 2. Resultados de la encuesta.

Participación en proyectos de investigación		
Valores	n	%
SÍ	7	100%
NO	0	0%
Destrezas adquiridas en la cátedra		
Valores	n	%
Revisión bibliográfica	7	100%
Manipulación de muestras	6	86%
Observación microscópica	6	86%
Redacción de trabajos	5	71%
Preparación de materiales	7	100%
Desarrollo de pensamiento crítico	7	100%
Trabajo en equipo	2	29%
Otras	4	57%
Influencia de los TI en su vida profesional		
Valores	n	%
Elección en la especialidad	3	43%
Participación durante la residencia en trabajos propuestos en su lugar de trabajo	6	86%
Su relación con los profesores	7	100%
Lugar de residencia	1	14%
Otras	1	14%
Le hubiese gustado una propuesta acerca de una de investigación de grado		
Valores	n	%
SÍ	5	71%
NO	2	29%
Rotación electiva en investigación en sexto año		
Valores	n	%
SÍ	6	86%
NO	0	0%
TAL VEZ	1	14%

F) Otras 4 (57%).

3) La participación en los trabajos, influyó en: A) Elección en la especialidad 3 (43%) B) Participación durante la residencia en trabajos propuestos en su lugar de trabajo 6 (86%) C) Su relación con los profesores 7 (100%) D) Lugar de residencia 1 (14%) E) Otras 1 (14%).

4) Le hubiese gustado una propuesta acerca de una de investigación de grado: A) 5 (71%) Sí. B) 2 (29%) No.

5) Le parece oportuno que la rotación electiva en sexto año pueda desarrollarse en investigación: A) Sí 6 (86%). B) No 0 (0%). C) Tal vez 1 (14%).

6) En el siguiente espacio - si lo desea- puede explayarse y relatar su experiencia.

En la Tabla 2 se pueden apreciar los resultados explayados de la encuesta.

DISCUSIÓN

Desde sus inicios la Facultad de Medicina de la USAL fomenta la participación de los alumnos tanto en la docencia, como en las investigaciones que llevan adelante las diferentes cátedras. El VRID establece que en todos los proyectos que se presentan se incluya a estudiantes ayudantes de cátedra (AC) como parte del equipo de investigación facilitando la participación de los mismos. La intervención del VRID en forma sistemática se inicia en el 2009, de ahí que se eligiera el periodo establecido. Siempre se promovió la publicación de los trabajos al ser la manera más eficiente para dar a conocer y someter a crítica los resultados de las investigaciones.

En los mismos se abordaron múltiples temáticas relacionadas a la microbiología siendo el más relevante el de las biopelículas. Esto permitió a los ACM participar activamente en diversas investigaciones que se llevaron a cabo, ampliando su conocimiento en diferentes áreas.

Los trabajos efectuados durante el periodo 2009-2021, demuestran que la actividad científica fue representativa, ya que en todos los años hubieron presentaciones y publicaciones, que se interrumpieron parcialmente en el año 2020 por la pandemia COVID-19, pasando de 7,7 como media de presentación por año a presentarse 3 en dos años (2020 y 2021) de manera virtual.

La encuesta realizada a los ex-ayudantes de la cátedra respaldó la correlación positiva entre la investigación durante su formación universitaria y la posterior actividad como médico. El 100% de los ACM participaron en investigaciones y el 86% de los mismos está de acuerdo con una rotación optativa en investigación, mientras que el 71% cree que debiera ser obligatoria durante la formación de grado lo cual está de acuerdo con otros autores que ven muy positiva la inclusión de proyectos de investigación en la currícula⁷.

Las destrezas adquiridas por los mismos son similares a las mencionadas en otros trabajos^{1-3,7}: la revisión

bibliográfica, la redacción de trabajos, el desarrollo de pensamiento crítico y la participación en equipo. Sin embargo no se encontró bibliografía relacionada con lo que mencionamos acerca de las tareas específicas de los ACM en las investigaciones, en este caso relacionadas con la Microbiología: manipulación, observación microscópica y preparación de muestras. Como ya expresamos la prevalencia de investigadores en los países desarrollados tiene un promedio de 4000 por millón de habitantes que lejos está de la que tienen los países en vía de desarrollo o subdesarrollados. En América Latina, la media es muy inferior: 512 por millón de habitantes, siendo Argentina la que lidera el ranking con 1210 investigadores por millón de habitantes⁶.

Esta diferencia entre países desarrollados y en vías de desarrollo se puede apreciar al comparar los antecedentes en investigación en la carreras de medicina entre Stanford y la India, donde en la primera el 90% de los estudiantes realiza investigación¹, contra tan solo un 9% en India². El monopolio de la investigación se puede explicar por la falta de financiamiento económico, la escasez de equipos especializados y finalmente la falta de motivación^{2,3,4,7,8}. Este último punto se podría mitigar, estimulando la investigación temprana a lo largo de la carrera de grado².

De acuerdo a lo que encontramos en nuestro trabajo, se puede decir que el estudiante con antecedentes en investigación precoz es más proclive a realizar y publicar

Referencias

- Jacobs CD, Cross PC. The value of medical student research: the experience at Stanford University School of Medicine", Stanford University, Blackwell Science Ltd. 1995.
- Aslam F, Shakir M, Ahad Qayyum M. Why Medical Students Are Crucial to the Future of Research in South Asia. *PLoS Med.* 2005; 2(11): e322.
- Rios-González CM. Obstáculos para la investigación científica en estudiantes de Medicina del Paraguay. *Educ Med.* 2017; 18(1): 78-79.
- Kan CK, Qureshi MM. Effect of Medical Student Contributions on Academic Productivity: Analysis of Student Authorship Over Time. *Advances in Medical Education and Practice.* 2021; 12: 481-489.
- Waaier CJF, Ommering BWC, Van der Wurff LJ, et al. Scientific activity by medical students: the relationship between academic publishing during medical school and publication careers after graduation. *Perspect Med Educ.* 2019; 8: 223-229.
- Instituto de Estadística de la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO). Investigadores dedicados a investigación y desarrollo (por cada millón de personas) - Argentina, Japan, Germany, Denmark, Sweden, Spain, France, Netherlands, United Kingdom, United States, China". Fecha de consulta: 17/03/22. Disponible online: https://datos.bancomundial.org/indicador/SP.POP.SCIE.RD.P6?end=2017&locations=AR-JP-DE-DK-SE-ES-FR-NL-GB-US-CN&most_recent_year_desc=true&start=2017&view=bar
- Chang Y, Ramnanan CJ. A review of literature on medical students and scholarly research: experiences, attitudes, and outcomes. *Acad Med.* 2015; 90: 1162-1173.
- Isaza AM, Botero Suárez HF, González DC, Ospina LP, et al. Interés de los estudiantes de medicina por la investigación. *CIMEL.* 2010; 15: 9-13.

trabajos científicos, tanto durante su residencia como en su posterior desarrollo profesional^{1,4,5,7}. De esta forma se puede lograr un aumento en el número de investigadores en medicina, que vienen en descenso desde hace una década, quedando problemas clínicos sin resolver^{5,8}.

Destacamos y coincidimos con lo que propone J.F. Waaier⁵ sobre la importancia de efectuar un seguimiento de los ayudantes que participaron en investigación de pregrado, en la obtención de posgrados y realización de investigaciones en sus respectivas especialidades.

CONCLUSIÓN

Es imprescindible estimular y fomentar la investigación durante la carrera de grado ya sea a través de ayudantías de cátedra o participación en otros proyectos, porque se adquieren habilidades y destrezas que le van permitir en el futuro desempeñarse con mayor facilidad. Lograr el pleno desarrollo del campo científico es mejorar la calidad, expectativa de vida de la población y, en última instancia, a promover el descubrimiento de la prevención y/o cura de las enfermedades.

Agradecimientos: A los ACM, Agarzua Abril, Consoli Melissa, D'Allesandro Daniela, Errico Matías, Gomez Luna Luciana y Segovia Daiana; y a las autoridades de la Universidad del Salvador, Dr Daniel Martinez y Lic.Maria del Huerto Jaunarena que sin su apoyo, este trabajo no podría haberse realizado.

Lepra lepromatosa borderline

Borderline lepromatous leprosy

Fecha de recibido: 19/04/22 / Fecha de aceptado: 28/06/22

Autor

/ Daher María Florencia¹
/ Gallerano Verónica²
/ Ponssa Gustavo³
/ Herrero Mónica⁴
/ Pereyra Susana Beatriz⁵

Palabras claves

Lepra lepromatosa, enfermedad de Hansen, lepra multibacilar.

Keywords

Lepromatous leprosy, Hansen's disease, multibacillary leprosy.

Resumen

La lepra es una enfermedad infectocontagiosa, crónica, con potencial incapacitante que está relacionada con deformidades físicas. Su capacidad de afectación neural es la responsable del alto potencial incapacitante. Su agente etiológico es el *Mycobacterium leprae*. Es una enfermedad endémica en ciertas regiones de nuestro país, debido a que su incidencia es significativa y está lejos de ser erradicada. Desde hace una década se detectan aproximadamente 200 casos nuevos por año en nuestro país. Debido a su gran abanico de presentaciones clínicas, es conocida como la gran simuladora, por lo tanto, es imprescindible pensar en ella para poder diagnosticarla.

Abstract

Leprosy is an infectious, contagious, chronic disease with disabling potential that is related to physical deformities. Its capacity for neural compromise is responsible for its high disabling potential. Its etiological agent is *Mycobacterium leprae*. It is an endemic disease in certain regions of our country, because its incidence is significant and it's far from being eradicated. For a decade, approximately 200 new cases per year have been detected in our country. Due to its wide range of clinical presentations, it is known as the great simulator, therefore, it is essential to think about it in order to diagnose it.

Educandonos. 2022; 8 (3): 12-17.

¹ Médica residente de dermatología.

² Profesora médica especialista en dermatología.

³ Doctor especialista en dermatología.

⁴ Profesora doctora especialista en anatomía patológica.

⁵ Prof. médica especialista en dermatología y Jefa de servicio.

 Servicio de Dermatología, Hospital Córdoba. Córdoba, Argentina.

INTRODUCCIÓN

La lepra es una enfermedad infectocontagiosa crónica, tratable y curable, producida por el *Mycobacterium leprae*, bacilo con tropismo marcado por la piel y el sistema nervioso-periférico, que puede comprometer mucosas y vísceras en algunas formas clínicas¹. El contagio se produce por pacientes bacilíferos que eliminan bacilos por vía aérea superior, desde las formas multibacilares no tratadas, en una proporción mucho mayor que las paucibacilares; debiendo haber una exposición íntima y repetida en circunstancias favorables. La posibilidad de enfermar o no frente a un contagio, e incluso la forma clínica a desarrollar, dependen de la competencia inmunológica del huésped (IMC)². Inmunológicamente la lepra se expresa en dos formas estables e incompatibles entre sí, el polo tuberculoide (LT) y el polo lepromatoso (LL). En el polo tuberculoide hay una intensa respuesta celular organizada y específica (Th1), mientras que la ausencia de inmunidad específica se presenta clínicamente por el polo lepromatoso. En la biopsia de piel de la LT, en dermis y localizados alrededor de los filetes neurales, se observan granulomas con abundantes histiocitos epitelioides, células gigantes multinucleadas y linfocitos T CD4, siendo la ausencia o la poca presencia de bacilos ácido-alcohol resistentes uno de los hallazgos histológicos más importantes. La LL presenta una situación inmunológica y clínica distinta, en donde no hay una respuesta inmune específica (Th2), existe proliferación de los bacilos ácido-alcohol resistentes en los tejidos, se observan macrófagos espumosos, que cuando contienen en su interior BAAR se los denomina globi y pocos linfocitos CD4 y CD8, característicamente sin formación de granulomas³.

CASO CLÍNICO

Paciente de sexo masculino de 56 años, oriundo de la provincia de Formosa, que reside hace 10 años en Córdoba Capital, sin antecedentes personales patológicos, consulta por lesiones en piel de 4 meses de evolución. Al examen físico dermatológico presenta placas infiltradas, eritemato-parduzcas, algunas anulares, de diferentes tamaños, con tendencia a la simetría, bordes sobreelevados, en rostro, tronco, miembros superiores y miembros inferiores; algunas placas en abdomen presentan el centro más claro (Figs. 1 y 2). En muslo izquierdo presenta una gran placa, con bordes sobreelevados y eritematosos. Se evidencia la ausencia de vello en ambos muslos (Fig. 3). Todas las lesiones presentan hipoestesia. Al examen neurológico se palpa el nervio cubital hipertrofiado izquierdo, sin compromiso



Figura 1 y 2. Placas infiltradas, eritemato-parduzcas, algunas anulares, de diferentes tamaños, con tendencia a la simetría, bordes sobreelevados.

“ La creatividad requiere el coraje de dejar ir las certezas ”

Erich Fromm

 Correspondencia

Daher María Florencia.
E-mail: flordaher@hotmail.com
Dirección: Av. Patria 656, Córdoba,
Argentina.
Teléfono: (+54) 3516338451



Figura 3. Gran placa, con bordes sobreelevados y eritematosos. Ausencia de vello en ambos muslos.

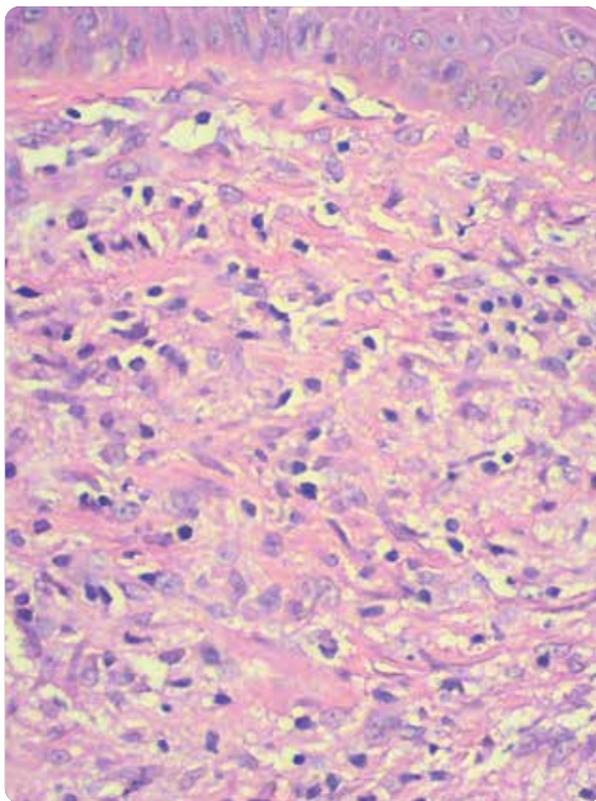


Figura 4. (H/E-400x) Destaca infiltrado representado por frecuentes macrófagos con núcleos vesiculosos y algunos linfocitos.

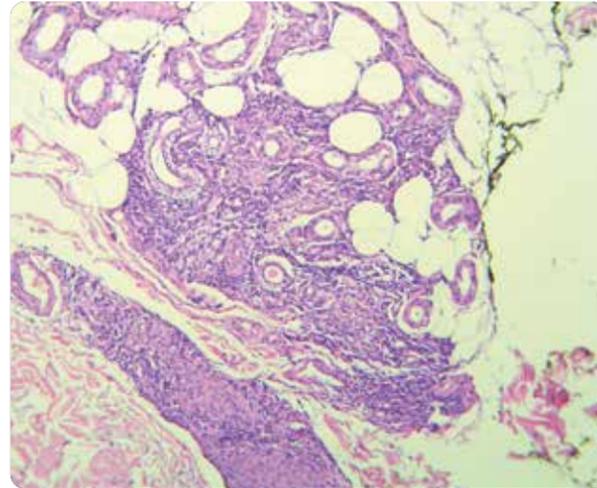


Figura 5. (H/E-100x) Infiltrado perianexial y perineural.

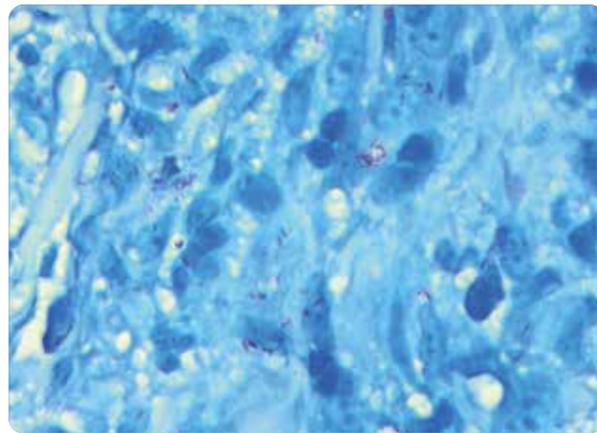


Figura 6. (ZN-1000x) Destacan abundantes BAAR en color rojo.

motor ni de la sensibilidad dolorosa, ni alteraciones tróficas de los miembros superiores. Palpación del nervio ciático poplíteo externo izquierdo hipertrofiado, con alteración de la sensibilidad dolorosa con anestesia en su área de inervación; y palpación del nervio tibial posterior izquierdo, sin alteración de sensibilidad dolorosa en su área de inervación. No se objetivan deformidades en manos y pies. Marcha eubásica. Se realizó análisis de laboratorio (hemograma, función renal, hepatograma, Vsg, VDRL). Todos resultaron con parámetros normales. Se tomó biopsia de piel para estudio histopatológico e impronta de piel, que destacó en dermis la presencia de colecciones de macrófagos algunos multinucleados con células epitelioides y linfocitos entremezclados, dejando una zona libre subepidérmica (Fig. 4). Infiltrados perineural y perianexial (Fig. 5). A la tinción de Zhiel Neelsen se observaron abundantes BAAR (Fig. 6). Se realizó baciloscopia con resultado positivo (tabla). Junto con

BioCass LR protec



LACTOBACILLUS RHAMNOSUS Probiótico

LACTOBACILLUS RHAMNOSUS ES LA CEPA PROBIÓTICA DE MAYOR EVIDENCIA CIENTÍFICA EN DIARREA Y DIARREA ASOCIADA A ANTIBIÓTICOS

Referencias



Lactobacillus rhamnosus es una cepa probiótica con aval científico para ser usada en el tratamiento de la diarrea y diarrea asociada a antibióticos (DAA) estabilizando la microbiota intestinal durante y después de la terapia con antibióticos (1).

Diarrea asociada a antibióticos (DAA): Los síntomas pueden aparecer cuando el paciente está tomando los antibióticos, pero en la mayor parte de los casos se manifiestan entre 1 y 10 días después de la suspensión del tratamiento. En algunos casos extremos, la diarrea puede aparecer hasta 45-60 días después de terminar de tomar el fármaco (2).

Lactobacillus rhamnosus ha demostrado ser seguro y eficaz en la prevención de la diarrea aguda y la diarrea asociada al uso de antibióticos, reduciendo su riesgo si se comienza a administrar desde el inicio del tratamiento con antibióticos (3).

1. **Thirty Years of Lactobacillus rhamnosus GG A Review.** Lucio Capurso, MD. J Clin Gastroenterol 2019;53:S1-S41. 2. **Diarrea por antibióticos.** Moreira VF, López San Román A. Rev. Esp. Enferm. Dig. 2006; 98(7): 550. 3. **Abordaje de los probióticos en pediatría: el rol de Lactobacillus rhamnosus GG.** Boggio, et al. Arch. argent. pediatr ; 120(1): e1-e7, feb 2022.

CULTIVOS BACTERIANOS VIVOS:
1 x 10⁹ UFC / CÁPSULA

- Lactobacillus Rhamnosus

PRESENTACIÓN

- 30 Cápsulas





Figura 7 y 8. Lesiones en involución, con hipopigmentación residual.

la clínica, histología y baciloscopia se realizó diagnóstico de lepra BL. Con respecto al tratamiento, por falta de blister multibacilar por pandemia, se inició el tratamiento ROM (rifampicina, ofloxacina, minociclina) modificado, que reemplaza la ofloxacina/moxifloxacina por claritromicina, por lo tanto, se indicó rifampicina 600mg/mes, claritromicina 500mg/mes y minociclina 100mg/mes. Al segundo mes ya se contó con el blister multibacilar brindado por el Programa Nacional de Lepra, iniciándose el tratamiento específico. Al momento lleva 11 meses de tratamiento, presentando buena respuesta al mismo, con lesiones en involución, algunas con hipopigmentación residual, sin presentar episodios reaccionales. (Figs. 7 y 8).

COMENTARIOS

La Lepra es una enfermedad infecciosa endémica en ciertas regiones de nuestro país, mayormente en el centro, NOA y NEA. Según las distintas clasificaciones se reconocen 4 formas clínicas, constituidas por 2 tipos polares: Tuberculoide (LT) y Lepromatoso (LL), y 2 grupos: Indeterminado y Dimorfo; este último se subdivide en: Borderline Tuberculoide (BT), Borderline Borderline (BB) y Borderline Lepromatoso (BL)⁴. La lepra dimorfa comprende un grupo de casos situados en el espectro intermedio, entre los polos Tuberculoide y Lepromatoso, caracterizado por inestabilidad, caracteres menos definidos y evolución incierta. El número de lesiones y la simetría será mayor cuanto menos resistencia inmunológica tenga el huésped. La lepra BL se caracteriza por máculas, pápulas, placas infiltradas, anulares, color rojizo o parduzco, morfología y tamaño variable, superficie lisa y brillante, numerosas, con bordes externos mal definidos o difusos y limite interno neto (en recorte de hostia). Distribución bilateral, no siempre simétricas. La pérdida de sensibilidad puede ser mínima o anestesia total especialmente en el centro de la lesión, y en algunos casos está conservada. Afecta tronco y miembros y con frecuencia manos, pies, centro facial y pabellón auricular. Se pueden palpar troncos nerviosos engrosados asimétricos. No se observa alopecia de cola de cejas, facie leonina o deformación de nariz típicos de los LL⁴. Al hacer

Referencias

1. Medina C. Epidemiología: situación mundial, nacional y provincial. *Educandonos*. 2018; 5: 8-13.
2. Flores Gonzalez L, Zuber A. Introducción En: Flores Gonzalez L, Zuber A. *Atlas de Lepra diagnóstico y tratamiento*. Ed científica universitaria, Córdoba, 2009, 15-16.
3. Eichelmann K, González SE, Salas-Alanis JC, Ocampo-Candiani J. Lepra: puesta al día. Definición, patogénesis, clasificación, diagnóstico

TABLA. Resultados de la baciloscopia

Localización	Índice bacteriológico	Índice morfológico
Lóbulo de orejas	+++	92%
Tabique nasal	+	75%
Dorso de dedos	+	100%

Fuente: elaboración Propia.

el diagnóstico es importante tener la sospecha clínica de la enfermedad, la epidemiología del paciente (como en nuestro caso que es oriundo de Formosa), y la búsqueda de alteración de la sensibilidad. La falta de un alto índice de sospecha podría conducir a una interpretación errónea de los datos y por lo tanto, a un tratamiento incorrecto. La detección temprana y el tratamiento adecuado de la lepra son clave para reducir la transmisión y discapacidades permanentes. Como las manifestaciones cutáneas se observan en casi todos los tipos de lepra, los dermatólogos juegan un papel importante en el diagnóstico precoz. El manejo de la lepra y sus reacciones pueden ser bastante desafiantes incluso para dermatólogos experimentados⁵. Dentro de los diagnósticos diferenciales de la lepra BL se encuentran el eritema polimorfo, urticaria, granuloma anular diseminado, farmacodermia, entre otras. Con respecto al tratamiento, las guías de la OMS de 2018 recomiendan el tratamiento con rifampicina, dapsona, y clofazimina para la lepra paucibacilar (PB) y la lepra multibacilar (MB) durante un mínimo de 6 y 12 meses, respectivamente⁵⁻⁶. El régimen de 3 medicamentos tiene el potencial de reducir las consecuencias de la clasificación errónea de pacientes con MB como pacientes con PB (según el recuento de lesiones) y las ventajas de implementación de usar la misma combinación de 3 medicamentos para la lepra con MB y PB; así como disminuir el aumento potencial en el riesgo de recaída en pacientes con PB con el régimen de 2 medicamentos. La quimioprofilaxis recomendada recientemente por la OMS consta de una dosis única de rifampicina 600mg para los contactos⁵.

y tratamiento. *Actas Dermo-Sifiligráficas*. 2013; 104: 554-563.

4. Petri de Odrizola E. Lepra dimorfa. *Educandonos*. 2018; 5: 20-21.
5. Maymone M, Venkatesh S, Laughter M, Abdat R, et al. Leprosy: Treatment and Management of Complications. *J Am Acad Dermatol*. 2020; 83: 17-30.
6. Roncoroni C. *Programa nacional de control de Tuberculosis y Lepra*. Ministerio de Salud Argentina; 2020.

Sarcoma pleomórfico dérmico

Pleomorphic dermal sarcoma

Fecha de recibido: 03/04/22 / Fecha de aceptado: 04/07/22

Autor

/ Romagnoli Carla¹
/ Corball Melisa¹
/ Garay Iliana²
/ Kurpis Maria³
/ Valente Enrique⁴

Palabras claves

Sarcoma pleomórfico dérmico, tumor en muslo.

Keywords

Dermal pleomorphic sarcoma, tumor in upper leg.

Resumen

Se comunica el caso de un paciente masculino de 73 años de edad, que presentó una lesión tumoral en muslo. En base a los hallazgos clínicos, histopatológicos y de inmunohistoquímica, se arribó al diagnóstico de sarcoma pleomórfico dérmico. Se realizó una resección quirúrgica amplia de la lesión y se solicitaron estudios de estadificación, todos negativos para invasión profunda o diseminación a distancia. Como terapia coadyuvante, se realizaron quince sesiones de radioterapia local. Actualmente, a un año del diagnóstico, el paciente se encuentra bajo seguimiento interdisciplinario realizando controles periódicos, sin signos de recidiva ni enfermedad a distancia.

Abstract

We report the case of a 73-year-old male patient, who developed a tumor in upper leg. According to clinical, histopathological and immunohistochemical findings, we arrived at the diagnosis of pleomorphic dermal sarcoma. A wide surgical resection of the lesion was performed and staging studies were requested, all negative for deep invasion or distant spread. As adjuvant therapy, fifteen sessions of local radiation therapy were performed. Currently, one year after diagnosis, the patient is under interdisciplinary follow-up, with regular medical controls, with no signs of recurrence or metastasis.

Educandonos. 2022; 8 (3): 18-23.

¹ Médica residente de dermatología.

² Médica de planta del servicio de dermatología.

³ Jefa de Servicio de Patología. Directora del Centro Formador de Patología.

⁴ Jefe del Servicio de Dermatología.

 Servicio de Dermatología. Hospital Privado Universitario de Córdoba. Córdoba, Argentina.

INTRODUCCIÓN

El sarcoma pleomórfico dérmico (SPD), antes denominado Histiocitoma fibroso maligno (HFM), es una neoplasia dérmica pobremente diferenciada de presentación infrecuente cuya incidencia es desconocida. Afecta habitualmente a hombres de edad avanzada con localización característica en áreas de piel fotoexpuesta, principalmente en cabeza y cuello³. Se manifiesta clínicamente como un tumor exofítico, asimétrico, generalmente ulcerado de fácil sangrado, de crecimiento rápido y de tamaño variable³. El SPD comparte características clínicas, histológicas e inmunohistoquímicas con el Fibroxantoma atípico (FXA)⁴⁻⁷. El diagnóstico de estas dos entidades es de exclusión, descartando otras neoplasias cutáneas dérmicas mediante técnicas histológicas y de inmunohistoquímica^{4,8}. La diferenciación entre SPD y FXA es crucial ya que este último se considera un tumor más superficial de comportamiento benigno, mientras que el SPD es un tumor más profundo con riesgo de recidiva local y enfermedad metastásica^{4,6}. Esta diferenciación se realiza actualmente mediante criterios histológicos^{2,4,6}. El SPD es un tumor de reciente definición, por lo cual no existen recomendaciones claras sobre su manejo. El tratamiento de elección parece ser la resección quirúrgica local amplia con márgenes de 1 a 2 cm^{1,3,6-7}. La eficacia de terapia adyuvante con radioterapia y/o quimioterapia no ha sido suficientemente investigada, pero jugarían un rol en casos de márgenes insuficientes, tumores irresecables, recurrencia local o enfermedad metastásica⁹. Se presenta el caso de un paciente masculino de 73 años de edad con diagnóstico de sarcoma pleomórfico dérmico localizado en un sitio poco frecuente, el cual fue tratado con cirugía y radioterapia coadyuvante.

CASO CLÍNICO

Paciente masculino de 73 años de edad consultó en el servicio de dermatología por una lesión asintomática en la cara anterior del muslo derecho de 6 meses de evolución con crecimiento progresivo. Al examen físico el paciente presentaba una lesión tumoral eritematosa de 2.5 cm, asimétrica con bordes irregulares, indurada a la palpación (Figs. 1 y 2). El resto del examen físico no presentaba alteraciones. Por las características clínicas del tumor, se sospechó que podría tratarse de una neoplasia de origen sarcomatosa o linfomatoide, o bien de una metástasis cutánea. También se planteó el diagnóstico diferencial con melanoma amelanótico. Por



Figura 1. Tumor eritematoso en la cara anterointerna superior del muslo derecho.



Figura 2. Tumor eritematoso de bordes irregulares.

“ Hay dos maneras de vivir la vida: una como si nada fuese un milagro, la otra como si todo fuese un milagro ”

Albert Einstein

Correspondencia

Romagnoli Carla.
E-mail: dermatohp@gmail.com
Dirección: Naciones Unidas N°346, CP 5016, Córdoba, Argentina.
Teléfono: (0351) 468 8200

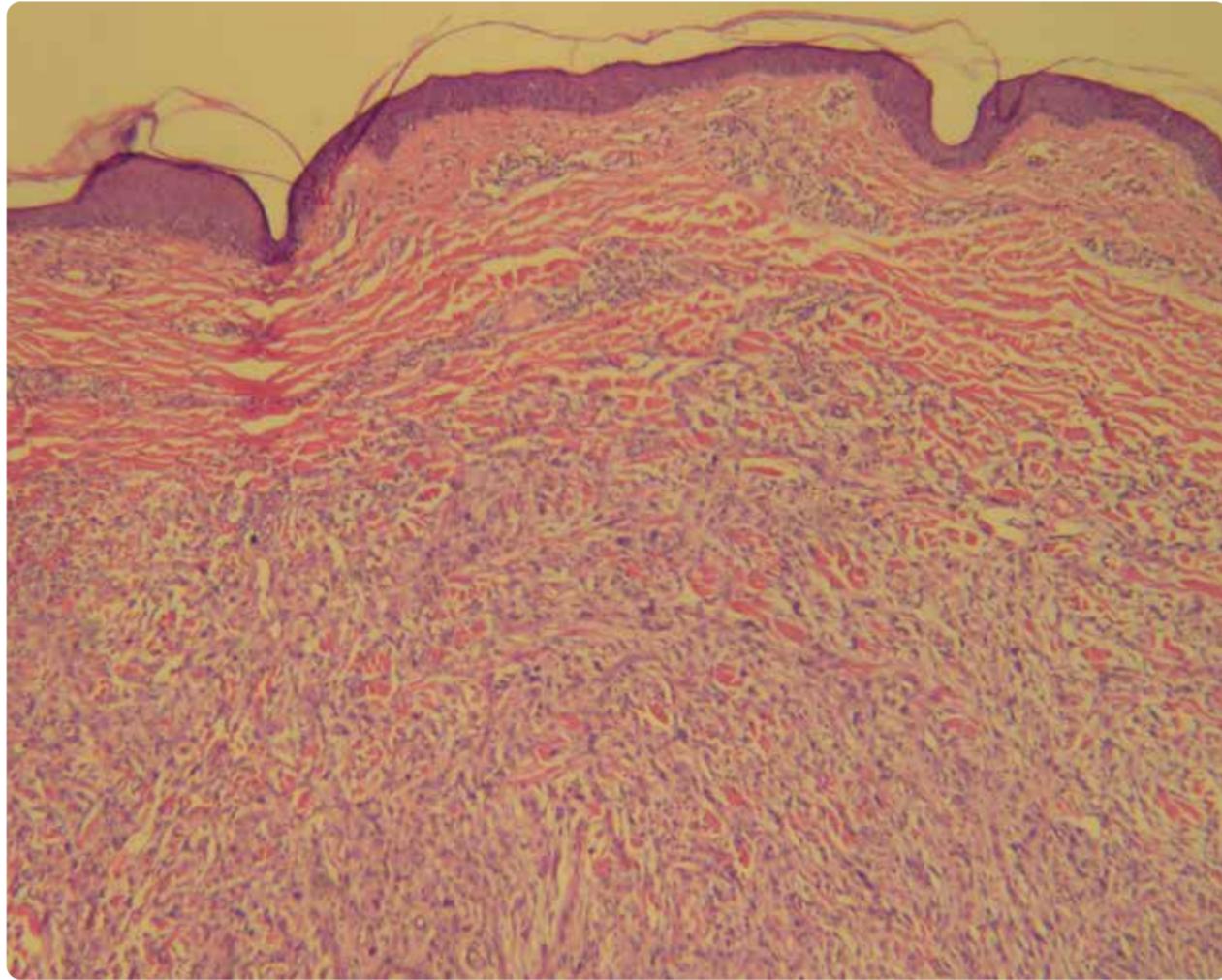


Figura 3. (H/E-10x) Epidermis conservada. En dermis se observa una neoplasia de células fusadas en patrón estoriforme.

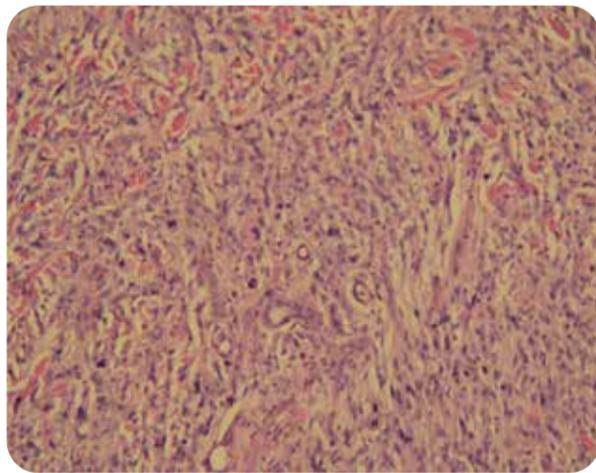


Figura 4. (H/E-20x) Neoplasia compuesta de células fusadas poco diferenciadas, en sectores pleomórficas, dispuestas en patrón estoriforme.

tal motivo se realizó la extirpación completa de la lesión con estudio histopatológico de la misma. Con tinción de hematoxilina y eosina se observó al microscopio una neoplasia dérmica de células fusadas poco diferenciadas, en sectores pleomórficas, dispuestas en patrón estoriforme, con infiltración de tejido celular subcutáneo. Además, se observaron frecuentes figuras de mitosis atípicas (Figs. 3, 4 y 5). Se realizó un panel completo de inmunohistoquímica que fue negativo para citoqueratinas, S100, SOX10, desmina, CD34, ASMA, y TLE1, y positivo para CD10, CD68 y CD45. Los márgenes quirúrgicos de la neoplasia se encontraban libres pero a menos de 1 mm. En base a los hallazgos clínicos, histopatológicos y de inmunohistoquímica se arribó al diagnóstico de sarcoma pleomórfico dérmico. Por tratarse de una patología de presentación infrecuente con recomendaciones poco claras en la bibliografía actual, se discutió el caso en un comité interdisciplinario entre los servicios de

DELTACORT

MEPREDNISONA

RAPIDEZ DE ACCIÓN EN CORTICOTERAPIA ORAL

EN PROCESOS INFLAMATORIOS Y ALÉRGICOS ASOCIADOS A:



Cassará

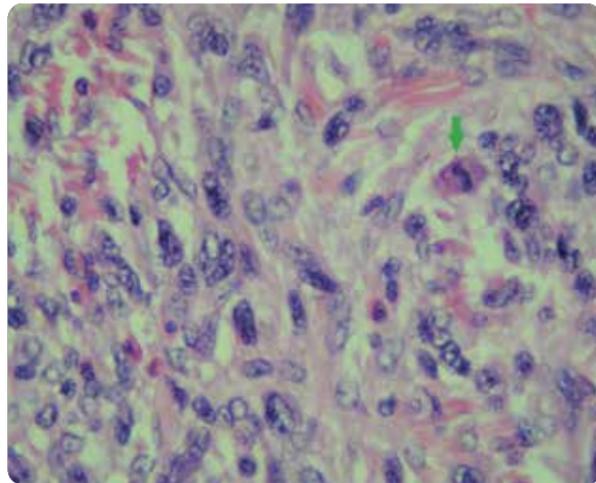


Figura 5. (H/E-30x) Células fusadas, epitelioides y multinucleadas, de tamaño variable y abundante citoplasma. Frecuentes figuras de mitosis atípicas (flecha verde).



Figura 6. Hiperpigmentación cutánea secundaria a radioterapia local.

dermatología, oncología y traumatología. Se decidió realizar una nueva cirugía para ampliación de márgenes, con la cual se lograron márgenes de seguridad quirúrgicos de 1 cm. Además, se solicitaron estudios de estadificación (laboratorio completo, radiografía de fémur, resonancia magnética nuclear de muslo, ecografía de ganglios regionales, tomografía computarizada de tórax, abdomen

y pelvis, y centellograma óseo). Todos los estudios fueron negativos para invasión profunda o diseminación a distancia. Si bien no había signos de enfermedad avanzada, por tratarse de una neoplasia poco diferenciada con alto potencial de recidiva, se llegó a la conclusión que el paciente se beneficiaría de la terapia coadyuvante, por lo cual recibió quince sesiones de radioterapia local. Una vez finalizado el tratamiento se realizaron nuevamente estudios de estadificación (resonancia magnética nuclear de muslo y ecografía de ganglios regionales), los cuales no evidenciaron signos de enfermedad. Al examen físico el único hallazgo fue hiperpigmentación e induración de la piel regional como consecuencia de los tratamientos recibidos (Fig. 6). Actualmente, a un año del diagnóstico, el paciente se encuentra bajo seguimiento interdisciplinario con controles periódicos, sin signos de enfermedad activa.

COMENTARIOS

El SPD en general se presenta clínicamente como un tumor ulcerado de fácil sangrado, localizado en región de cabeza y cuello, principalmente en el cuero cabelludo. En nuestro paciente llama la atención la localización atípica del tumor, ya que son pocos los casos descritos en miembro inferior^{3,4}. Además es un tumor que se presentó sin ulceración y sin episodios de sangrado. Este tumor, antes conocido como HFM, fue reconocido como una entidad separada en el año 2013 gracias a los avances en el campo de la inmunohistoquímica. Así el término HFM fue reemplazado por sarcoma pleomórfico indiferenciado (SPI), siendo el SPD la variante cutánea de esta entidad¹. Comparte características clínicas, histológicas e inmunohistoquímicas con el Fibroxantoma atípico (FXA), pero con un comportamiento más agresivo que este, por lo cual se deben diferenciar⁴⁻⁷. Histológicamente, ambos tumores están compuestos de células fusiformes y epitelioides pleomórficas, con abundante citoplasma, núcleos hipercromáticos y nucléolos múltiples. A menudo se observan células gigantes multinucleadas y numerosas mitosis atípicas¹. Al tratarse de un tumor cuyo origen celular permanece desconocido, su diagnóstico es de exclusión^{1,3}. En general se establece después de descartar la posibilidad de un carcinoma espinocelular mal diferenciado (por la negatividad de las citoqueratinas), un melanoma de células fusiformes (por la negatividad de la proteína S100 y el SOX10) y de un leiomiomasarcoma cutáneo (por la negatividad de la actina y la desmina)⁸. Desde el punto de vista de la inmunohistoquímica el SPD no tiene un marcador característico, aunque se ha

descrito que puede ser positivo para vimentina, CD10, CD99 y actina, siendo todos estos inespecíficos con valor orientativo⁴. Los criterios histológicos que definen al SPD y lo diferencian de FXA son la infiltración del tejido celular subcutáneo (TCS), la infiltración perineural o perivascular y la presencia de necrosis^{1,3}. Estos factores indicarían un posible potencial metastásico¹. En nuestro paciente la invasión del TCS y las frecuentes figuras de mitosis observadas ayudaron al diagnóstico de SPD. La relación entre el FXA y el SPD ha sido objeto de debate a lo largo de los años en la literatura científica. Si bien en numerosas publicaciones ambos tumores han sido reconocidos como dos entidades diferentes, algunos autores plantean la posibilidad de que se trate de la misma neoplasia cuyo pronóstico depende de la profundidad^{4,9}. El tratamiento de elección parece ser la escisión local amplia con márgenes de 1 a 2 cm^{3-4,9}. Al ser una neoplasia maligna con alta posibilidad de invasión en profundidad, los márgenes quirúrgicos libres y amplios parecen ser la clave para lograr el control de la enfermedad y disminuir el riesgo de recurrencia local¹. El papel de la radioterapia es discutido y parece tener un rol en casos recurrentes, tumores irreseccables o enfermedad metastásica. También ha sido descrita su indicación en casos donde los márgenes quirúrgicos fueron insuficientes o menores a 2 cm^{4,9}. La eficacia de la radiación en el pronóstico del SDP completamente extirpado no ha sido suficientemente investigada. Sin embargo, hubo una tendencia positiva pero no significativa hacia menos recurrencias locales o metástasis en un análisis de un pequeño número de pacientes que recibieron radioterapia adyuvante⁹. La quimioterapia es aún más discutida, ya que solo existen pocos informes de casos aislados sobre tratamientos experimentales^{1,9}. El riesgo de recidiva local se estima entre un 8-28%. Los tumores que recidivan parecen ser

Referencias

- Lonie S, Yau B, Henderson M, Gyorki C, et al. Management of pleomorphic dermal sarcoma. ANZ J Surg. 2020; 90 (11): 2322-2324.
- Soleymani T, Aasi SZ, Novoa R, Hollmig ST. Atypical fibroxanthoma and pleomorphic dermal sarcoma: updates on classification and management. Dermatol clin. 2019; 37 (3): 253-259.
- Lombart B, Serra-Guillén C, Requena C, Alsina M, et al. Leiomiomasarcoma y sarcoma pleomórfico dérmico: directrices para el diagnóstico y tratamiento. Actas Dermosifiliogr. 2019; 110(1): 4-11.
- Iglesias-Pena N, Martínez-Campayo N, López-Solache L. Relación entre fibroxantoma atípico y sarcoma pleomórfico dérmico: histopatología de ambos y revisión de la literatura. Actas Dermosifiliogr. 2021; 112 (5): 392-405.
- Cesinaro A M, Gallo G, Tramontozzi S, Migaldi M. Atypical fibroxanthoma and pleomorphic dermal sarcoma: A reappraisal. J Cut Pathol. 2021. 48 (2): 207-210.
- Soleymani T, Tyler Hollmig S. Conception and management of a poorly understood spectrum of dermatologic neoplasms: atypical fibroxanthoma, pleomorphic dermal sarcoma, and undifferentiated pleomorphic sarcoma. Curr Treat Options Oncol. 2017; 18 (8): 1-11.
- Ziemer M, Jäger I M, Dippel E. Atypisches Fibroxanthom und pleomorphes dermales Sarkom. Der Hautarzt. 2019; 70(9): 661-669.
- Fuertes L, Santonja C, Kutzner H, Requena L. Inmunohistoquímica en dermatopatología: revisión de los anticuerpos utilizados con mayor frecuencia (parte II). Actas Dermosifiliogr. 2013; 104(3): 181-203.
- Helbig D, Ziemer M, Dippel E, Erdmann M, et al. S1-guideline atypical fibroxanthoma (AFX) and pleomorphic dermal sarcoma (PDS). JDDG. 2022; 20 (2): 235-243.

aquellos de mayor tamaño o aquellos con márgenes quirúrgicos comprometidos o cercanos^{3,6,9}. El riesgo de metástasis se estima entre un 8-20%, sobre todo a piel y ganglios linfáticos. Este riesgo se ha relacionado con tumores gruesos con infiltración a tejidos profundos y con casos de resección incompleta del tumor primario^{3,6,9}. En nuestro paciente la primera resección mostró márgenes insuficientes de 1 mm, por lo cual el siguiente paso fue la ampliación quirúrgica, logrando así márgenes de 1 cm. Si bien muchos autores recomiendan márgenes de 1 cm, las publicaciones más recientes proponen márgenes de 2 cm siempre que sea posible. Según un estudio retrospectivo de 92 pacientes con SPD el margen de seguridad de 2 cm se asoció a un menor riesgo de recurrencia local⁹. Debido a esto, se discutió en comité interdisciplinario realizar o no terapia adyuvante y se llegó a la conclusión que en este caso sería beneficioso realizar radioterapia local para disminuir el potencial riesgo de recidiva. En cuanto al seguimiento posterior, diversos autores recomiendan controles clínicos periódicos cada 6 meses en los primeros 5 años en busca de signos clínicos de recidiva local y de enfermedad metastásica^{2,6}. Algunos proponen además realizar ecografías local y de ganglios regionales en cada chequeo⁹. Nuestro paciente se encuentra actualmente bajo seguimiento interdisciplinario realizando controles clínicos cada 6 meses, sin signos de enfermedad activa. Resaltamos el interés de este caso por ser una patología infrecuente en la práctica clínica, destacando su presentación en una localización atípica. Remarcamos la importancia del manejo interdisciplinario de este tumor teniendo en cuenta que es una enfermedad de difícil manejo por su potencial agresivo. Su tratamiento debe adecuarse a cada paciente y el seguimiento posterior es fundamental para detectar posibles complicaciones a largo plazo.

Poroma ecrico

Eccrine poroma

Fecha de recibido: 01/06/22 / Fecha de aceptado: 15/08/22

Autores

/ Herlein María Pía¹
/ Buffetti Martina²
/ Peirano Felicitas³
/ Sanz Alejandro⁵
/ Carabajal Graciela⁶

Palabras claves

Poroma ecrico, acrospiroma ecrico, tumor de glándula sudorípara.

Keywords

Eccrine poroma, Eccrine acrospiroma, sweat gland tumor.

Resumen

El poroma ecrico es una neoplasia benigna de la porción intraepidérmica del conducto excretor de las glándulas sudoríparas ecricas, de baja prevalencia y de localización frecuente a nivel plantar. El diagnóstico clínico es dificultoso debido a su gran polimorfismo clínico, para el cual la dermatoscopia se presenta como una valiosa herramienta, no invasiva y accesible. El estudio histopatológico es esencial para confirmar el diagnóstico. Se presenta un caso de localización infrecuente, remarcando el rol de la dermatoscopia y la anatomía patológica.

Abstract

Eccrine poroma is a benign neoplasm of the intraepidermal portion of the eccrine sweat glands duct, of low prevalence and predominantly plantar location. Clinical diagnosis is difficult due to its great clinical polymorphism, for which dermatoscopy is presented as a valuable tool. Histopathological study is essential to confirm the diagnosis. A case of infrequent localization is presented, highlighting the role of dermatoscopy and histopathology.

Educandos. 2022; 8 (3): 24-27.

¹ Médica residente de dermatología.

² Médica especialista en dermatología.

³ Médica especialista en dermatología.

⁵ Médico de planta de dermatología.

⁶ Médica especialista en anatomía patológica.



Servicio de Dermatología. Hospital Churrucá, Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA), Argentina.

INTRODUCCIÓN

El poroma ecrico es una neoplasia anexial benigna con diferenciación poroide (ductal terminal) del acrosiringio.¹ Fue descrito por primera vez en 1956 por Pinkus, Rogin y Goldman como un tumor de crecimiento lento y progresivo, el cual previamente era considerado diagnóstico diferencial histológico de carcinoma espinocelular, carcinoma basocelular y queratosis seborreica.² Es poco frecuente, representa el 10% de todos los tumores de las glándulas sudoríparas.³

Se presenta generalmente como una neoformación exofítica, asintomática y solitaria, comúnmente localizada en regiones acrales.⁴ Sin embargo, su versatilidad clínica dificulta su diagnóstico, siendo la dermatoscopia útil para apoyar el diagnóstico. Éste se confirma mediante el estudio histopatológico. El riesgo de malignización a porocarcinoma es bajo, siendo este de un 18 a un 50%. Su extirpación completa es el tratamiento indicado.⁵

CASO CLÍNICO

Paciente masculino de 60 años de edad, con antecedentes de hipertensión arterial y cáncer de colon en estadio III que realizó tratamiento quirúrgico y quimioterápico; a la fecha libre de enfermedad. Consultó al servicio de dermatología por presentar una lesión localizada en el tercio medio de cara posterior de muslo izquierdo, de un año de evolución, la cual aumentó de tamaño en los últimos dos meses.

Al examen físico se evidenció una lesión tumoral exofítica pediculada, bien circunscripta, de superficie irregular, eritematosa, brillante y con costras serohemáticas, de consistencia duro elástica, de 1.5 x 0.7 cm de diámetro, asintomática. (Figs. 1 y 2) Al interrogatorio dirigido negó antecedentes de traumatismos previos a su aparición. A la dermatoscopia se observaron vasos monomorfos en la periferia de la lesión, los mismos eran arboriformes con extremo distal redondeado, en imagen de "flor de cerezo". Además se advirtió un área blanco-rosada sin estructura rodeando dichos patrones. (Fig. 3) Con los diagnósticos presuntivos de granuloma piógeno, poroma ecrico, carcinoma basocelular y melanoma nodular amelanótico, se realizó una biopsia incisional de la lesión. El estudio histopatológico con tinción de hematoxilina eosina demostró una proliferación de células basaloideas que partían de la epidermis y penetraban la dermis, formando columnas anchas y uniformes. Rodeando a la misma se encontraba un estroma hialino ricamente vascularizado. (Fig. 4) A mayor



Figura 1. Lesión localizada en el tercio medio de cara posterior de muslo izquierdo, de un año de evolución.



Figura 2. Lesión tumoral exofítica pediculada, bien circunscripta, de superficie irregular, eritematosa, brillante y con costras serohemáticas, de consistencia duro elástica.



Correspondencia

Herlein María Pía.
E-mail: mariapiaherlein@hotmail.com
Dirección: Uspallata 3400,
CABA, Argentina.
Teléfono: (011) 4909 4100



Figura 3. A la dermatoscopia se visualizan los clásicos vasos en flor de cerezo rodeados por cordones blancuecinos interconectados.

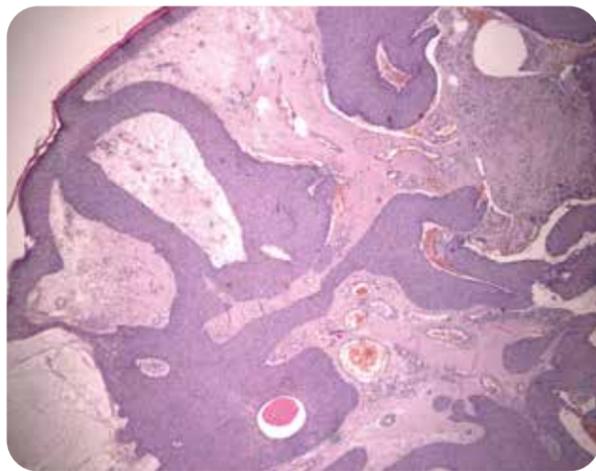


Figura 4. (H/E-10x) Proliferación de células basaloides que parten de la epidermis y penetran en la dermis, formando cordones que se anastomosan.

aumento, se apreciaban las células basaloides de núcleos ovales con nucléolos basófilos, y con gran contenido de glucógeno en su citoplasma, no se evidenciaron signos de atipia. Además, se observaron conductos con secreción glandular eosinófila en su interior. (Fig. 5) Dichos hallazgos fueron compatibles con un poroma ecrino. Se realizó una extirpación quirúrgica total de la lesión como tratamiento.

COMENTARIOS

El poroma ecrino, también denominado acroespiroma, es una neoplasia anexial benigna que se origina de las células pluripotenciales del acrosiringio y ductales apócrinas.⁶ Es un tumor poco frecuente, aunque es probable que su frecuencia real sea mayor debido a la falta de realización de estudio histopatológico por la ausencia de sospecha clínica

y su evolución benigna.⁷ No está descrita predisposición alguna por sexo ni raza. Es más frecuentemente diagnosticada en pacientes entre los 40 y 70 años de edad.⁸ Y si bien su etiopatogenia es desconocida, suele asociarse a traumatismos, cicatrices, radiaciones o daño actínico.^{9,10} Excepcionalmente evoluciona a porocarcinoma. De forma excepcional puede manifestarse clínicamente con múltiples poromas, denominándose poromatosis ecrina.¹¹ Clínicamente se presenta de forma polimorfa, frecuentemente como una lesión tumoral exofítica, bien circunscrita y solitaria. De coloración variada, puede ser eritematosa debido a su estroma ricamente vascularizado, color piel normal o encontrarse entre el 3-10% y ser pigmentada.¹² Su superficie suele ser lisa, en ocasiones rugosa, se describe en casos queratósica y con frecuentes costras secundarias a traumatismos. En general es de consistencia dura elástica. Su tamaño varía en gran proporción entre 5mm a 3cm. Frecuentemente es asintomático y de lento crecimiento.¹⁻¹¹ Tradicionalmente la literatura describe que su localización es a predominio de zonas acrales con gran concentración de glándulas sudoríparas, afectando en su mayoría a la región plantar.⁴ Sin embargo, los últimos estudios publicados demuestran que su localización excede la región palmoplantar en su mayor parte. Ackerman y Abenozza reportan en 1990 una serie de 353 casos, con un 30% de los poromas ecrinos situados en la cara y únicamente 15% en pies.¹³ Asimismo, Lacy y Vega describen en el año 2003 un estudio de 35 casos, con un 40% ubicados en cabeza y tronco, y solo un 3% en plantas.⁵ Por último, en 2014 Betty y Bombonato demuestran en un estudio de 101 casos que únicamente el 22% presentaba el tumor de distribución plantar.¹⁴ Motivo por el cual, es una lesión que debe ser sospechada al identificarse en localizaciones no acrales. Dentro de los diagnósticos diferenciales a tener en cuenta, cabe mencionar al granuloma piógeno, carcinoma basocelular, carcinoma espinocelular, queratosis seborreica, verruga plantar (en casos acrales) y melanoma nodular principalmente en variantes pigmentadas.⁷ En cuanto a los hallazgos a dermatoscópicos, Altamura, et al fueron los primeros en publicar las características de los poromas ecrinos no pigmentados en el año 2005. Ellos describen un patrón vascular polimorfo compuesto por estructuras de color rosado a rojo irregulares asociadas a vasos en horquilla, punteados y lineales irregulares.¹⁵ En el año 2009 Aydingoz describe un nuevo patrón vascular caracterizado por islas irregulares color rosado a rojo con vasos arboriformes que se combinaban entre sí con

extremos circulares creando una apariencia floral o en hoja.¹⁶ Más recientemente Espinosa, et al proponen los términos de vasos en “flor de cerezo” y “forma de cáliz” rodeados de áreas blanco rosadas sin estructura, como una forma fácil para recordar este patrón característico del poroma ecrino no pigmentado, el cual no se ha descrito en otras neoplasias.¹⁷⁻¹⁸ En la variante pigmentada del poroma se han visualizado glóbulos, puntos y nidus azul gris, y aperturas tipo comedón.¹⁹ El diagnóstico se confirma con la histología, en la cual se pueden apreciar masas tumorales circunscritas que se extienden desde la epidermis hacia la dermis como cordones que se anastomosan. Estas bandas están constituidas por células cuboidales de citoplasma pálido por la gran cantidad de glucógeno en su interior, con nucléolos basófilos, unidas por puentes intercelulares. El estroma suele ser muy vascularizado y pueden apreciarse la formación de luces ductales con secreción holócrina en su interior. Un hallazgo habitual son los focos de necrosis en masa secundario al rápido crecimiento, atípico de encontrar en tumores benignos.^{7,9} La escisión quirúrgica completa de la lesión es el tratamiento de elección, teniendo en cuenta que hasta un 50% de los porocarcinomas se desarrollan a partir de un poroma ecrino, y su recurrencia tras extirpación incompleta. Conduciendo así a la curación completa, con pocos casos descritos de recidiva local.²⁰ La importancia del caso clínico es destacar que a pesar de que al poroma ecrino comúnmente se lo asocia a la

Referencias

1. McCalmont TH, Pincus LB. Neoplasias anexiales. En: Bologna JL, Schaffer JV, Cerroni L. Dermatología. 4ª edición. Elsevier, España, 2018: 1945.
2. Goldman P, Pinkus H, Rogin JR. Eccrine poroma: tumors exhibiting features of the epidermal sweat duct unit. *Arch Derm.* 1956; 74 (5): 511-521.
3. Pyllyser K, Dewolf-Peeters C, Marlen K. The histology of eccrine poromas: a study of 14 cases. *Dermatologica.* 1983; 167: 243-249.
4. Moore TO, Orman HL, Orman SK, Helm KF. Poromas of the head and neck. *J Am Acad Dermatol.* 2001; 44(1): 48-52.
5. Lacy RM, Vega E, Domínguez L, et al. Poroma: estudio clínico-patológico de 45 casos. *Med Cutan Iber Lat Am.* 2003; 31(1): 17-22.
6. Sawaya JA, Khschemoun A. Poroma: a review of eccrine, apocrine and malignant forms. *Int J Dermatol.* 2014; 53: 1053-1061.
7. Lugo Rivera O, Mora S, Gutiérrez RM, Novales J. Poroma ecrino simulando un melanoma maligno. Reporte de un caso y revisión de la literatura. *Rev Cent Dermatol Pascua.* 1999; 8 (1): 35-38.
8. Guimerá Martín-Neda F, García Bustinduy M, Noda Cabrera A, Sánchez González R, et al. A rapidly growing eccrine poroma in a pregnant woman. *J Am Acad Dermatol.* 2004; 50 (1): 124-126.
9. Nemoto I, Akiyama N, Aoyagi S, Nomura T, et al. Eccrine porocarcinoma and eccrine poroma arising in a scar. *Br J Dermatol.* 2004; 150 (6): 1232-1233.
10. Johnson RC, Rosenmeier GJ, Keeling JH III. A painful step. Eccrine poroma. *Arch Dermatol.* 1992; 128 (11): 1530-1533.
11. Navi D, Fung M, Lynch PJ. Poromatosis: the occurrence of multiple eccrine poromas. *Dermatol Online J.* 2008; 14 (1): 3.
12. Betti R, Bombonato C, Cerri A, Moneghini L, et al. Clinically and/or histologically pigmented poromas in caucasian patients. *G Ital Dermatol Venereol.* 2014; 149 (3): 341-346.
13. Ackerman AB, Abenozza P. Neoplasms with eccrine differentiation. Philadelphia: Lea & Febiger. 1990; 113-185.
14. Betti R, Bombonato C, Cerri A, Moneghini L, et al. Unusual sites for poromas are not very unusual: a survey of 101 cases. *Clin Exp Dermatol.* 2014; 39 (2): 119-122.
15. Altamura D, Piccolo D, Lozzi GP, Peris K. Eccrine poroma in an unusual site: a clinical and dermoscopic simulator of amelanotic melanoma. *J Am Acad Dermatol.* 2005; 53 (3): 539-541.
16. Aydingoz IE. New dermoscopic vascular patterns in a case of eccrine poroma. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2009; 23 (6): 725-726.
17. Espinosa AE, Ortega BC, Venegas RQ, Ramírez RG. Dermoscopy of non-pigmented eccrine poromas: study of Mexican cases. *Dermatol Pract Concept.* 2013; 3 (1): 25-28.
18. Bello-Cisternas C, Navajas-Galimany L, Hasson-Nissis A, González-Bombardiere S. Poroma ecrino y sus patrones dermatoscópicos. *Rev Argent Dermatol.* 2015; 96 (3): 47-60.
19. Trejo-Acuña JR et al. Poroma ecrino. Comunicación de un caso con estructuras dermatoscópicas características. *Dermatol Rev Mex.* 2017; 61 (1): 47-52.
20. Nazemi A, Higgins S, Swift R, In G, et al. Eccrine Porocarcinoma: New Insights and a Systematic Review of the Literature. *Dermatol Surg.* 2018; 44 (10):1247-1261.

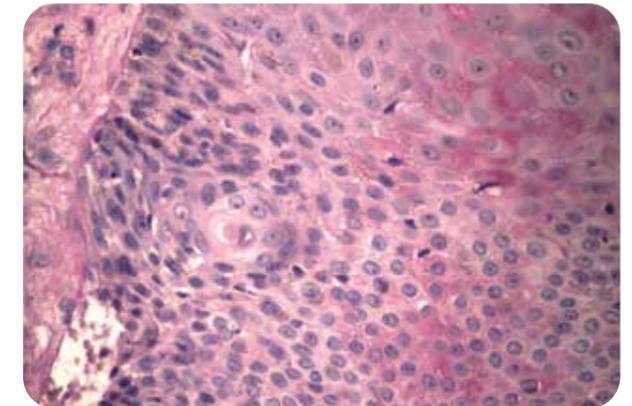


Figura 5. (H/E-40x) Se aprecian las células cuboidales, escaso citoplasma pálido con gran contenido de glucógeno y nucléolos basófilos. Pueden observarse luces ductales con secreción glandular eosinófila en su interior.

región acral, en un porcentaje importante de pacientes se puede localizar en otras áreas, por lo que debe tenerse en cuenta como diagnóstico diferencial. Asimismo valorar la utilidad de la dermatoscopia como herramienta diagnóstica de alta disponibilidad en el consultorio y como técnica no invasiva para identificar el patrón de “flor de cerezo” tan característico de este tumor.

Agradecimientos:

Agradecemos a la Jefa del Servicio de Dermatología, Dra. Silvana León y al Dr. Miguel Angel Mazzini.

Hidradenitis Suppurativa asociada a Pioderma Gangrenoso

Hidradenitis Suppurativa associated with Pyoderma Gangrenosum

Fecha de recibido: 25/06/22 / Fecha de aceptado: 29/08/22

Autores

/ Marini Mariano¹
/ Hernández Cedeño María Cristina²
/ Cabra Ballesteros Angela²
/ Beltrán Guerrero Roberto³
/ Ocampo Medrano Paola⁴
/ Insaurrealde Graciela⁵

Palabras claves

Hidradenitis suppurativa, pioderma gangrenoso.

Keywords

Hidradenitis suppurativa, pyoderma gangrenosum.

Resumen

La hidradenitis suppurativa es una enfermedad inflamatoria de baja prevalencia en la población que desde la aparición de sus primeros síntomas hasta su diagnóstico definitivo pueden transcurrir hasta 10 años, lo que aumenta su severidad y conduce a un mayor número de trastornos sistémicos. Este cuadro se halla asociado con algunas enfermedades sistémicas inflamatorias, principalmente con la enfermedad inflamatoria intestinal, artritis y espondiloartropatías. Sin embargo, en la literatura se encuentran muy pocos casos de asociación a pioderma gangrenoso. Se presenta el caso de una mujer de 28 años con hidradenitis suppurativa al inicio de la consulta, a la que posteriormente se agrega el cuadro de pioderma gangrenoso.

Abstract

Hidradenitis suppurativa is an inflammatory disease of low prevalence in the population that from the appearance of its first symptoms to its definitive diagnosis, it can take up to 10 years, increasing its severity and leading to a greater number of systemic disorders¹. It is associated with some inflammatory systemic diseases, mainly with inflammatory bowel disease, arthritis and spondyloarthropathies. However very few cases of hidradenitis suppurativa with pyoderma gangrenosum are found in the literature. We present the case of a 28-year-old woman with hidradenitis suppurativa at the first medical visit, to which pyoderma gangrenosum is later added.

Educandos. 2022; 8 (3): 28-31.

¹ * Médico especialista en dermatología y Jefe de servicio.

² * Médica de la carrera de especialista en dermatología 3er año.

³ * Médico de la carrera de especialista en dermatología 2do año.

⁴ * Médica especialista en dermatología.

⁵ ** Médica especialista en anatomía patológica y Jefa de servicio.

* Servicio de dermatología. Sanatorio Guemes, Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA), Argentina.

** Servicio de anatomía patológica. Hospital Interzonal de Agudos "P. Fiorito", Avellaneda, Buenos Aires, Argentina.

INTRODUCCIÓN

La hidradenitis suppurativa (HS) se define como una enfermedad crónica, inflamatoria, recurrente, debilitante, que usualmente se presenta después de la pubertad, con nódulos inflamatorios dolorosos, abscesos, comedones, cicatrices y tractos fistulosos que prefiere áreas intertriginosas con mayor densidad de glándulas apócrinas, principalmente en la región axilar, inguinal y anogenital.

Está asociada con algunas enfermedades sistémicas inflamatorias, sin embargo, en la literatura se encuentran muy pocos casos de HS asociada a pioderma gangrenoso (PG).¹⁻³ Esta última se considera una enfermedad inflamatoria, que se caracteriza por presentar úlceras cutáneas dolorosas, de bordes eritemato-violáceos y fondo sucio, principalmente en miembros inferiores, aunque puede presentarse en cualquier localización.^{4,5}

CASO CLÍNICO

Paciente de sexo femenino de 28 años, con antecedentes personales de anemia ferropénica, amenorrea secundaria a método de anticoncepción, en estudio por parte de gastroenterología por sospecha de enfermedad inflamatoria intestinal.

Sin antecedentes familiares de importancia. Con diagnóstico de HS crónica, confirmada por clínica, ecografía y biopsia de piel, recibió tratamientos tópicos con eritromicina al 4%, corticoides (clobetasol 0.05%) en crema, y tratamientos sistémicos con retinoides (isotretinoína), antibióticos (clindamicina y rifampicina), y adalimumab 80 mg cada 2 semanas de manera intermitente vía subcutánea, con poca adherencia al tratamiento y sin mejoría, según relato de la propia paciente. Al examen físico, se observan en región axilar bilateral cicatrices atróficas, con retracción del tejido y ausencia de vello axilar. A nivel genital, aumento de diámetro y elongación de labios mayores, ocasionando deformidad de los mismos, asociado a costras y úlceras, que comprometen región inguinal, perineal y glútea (Fig. 1). En región interglútea, se observa úlcera con bordes socavados, coloración violácea, base eritematosa y fibrina (Fig. 2). Se realiza toma de cultivo y biopsia de úlcera, que informa apocrinitis con infiltrado mixto de neutrófilos, linfocitos, histiocitos y células gigantes multinucleadas (Fig. 3). Posterior a este procedimiento,



Figura 1. A nivel genital, aumento de diámetro y elongación de labios mayores, ocasionando deformidad de los mismos, asociado a costras y úlceras, que comprometen región inguinal, perineal y glútea.

Correspondencia

Hernandez María Cristina.
E-mail: cristina_hc@hotmail.com
Dirección: Francisco Acuña de Figueroa
1240, CABA, Argentina.
Teléfono: (011) 4959 8300



Figura 2. En región interglútea se observa úlcera con bordes socavados, coloración violácea, base eritematosa y fibrina.

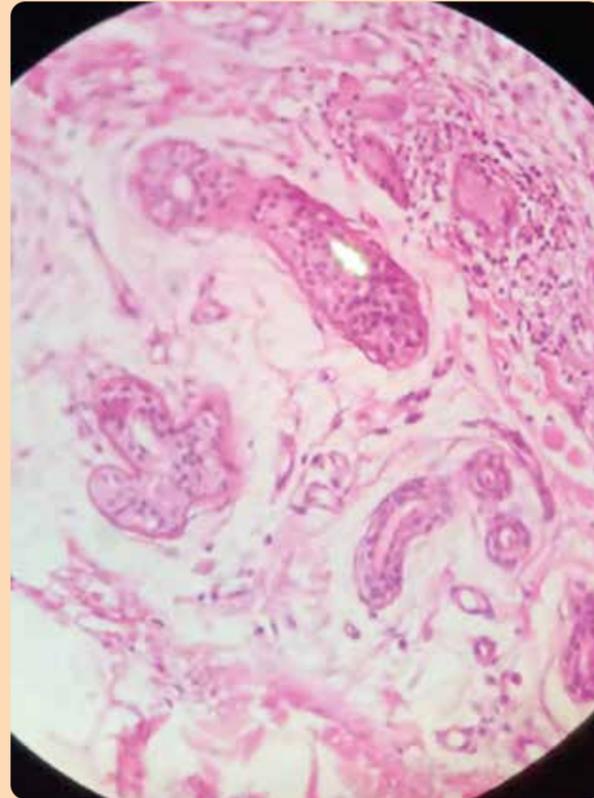


Figura 3. (H/E-40x) Apocrinitis en donde se observa infiltrado mixto con neutrófilos, linfocitos, histiocitos y células gigantes multinucleadas.



Figura 4. Áreas cicatrizales, atróficas, retráctiles en región inguinal y periné.



Figura 5. Cicatrización y reepitelización de área comprometida, con zona pediculada residual en glúteo derecho.

La hidradenitis suppurativa (HS) se define como una enfermedad crónica, inflamatoria, recurrente, debilitante.

presenta una evolución desfavorable, con aumento del diámetro de las úlceras y dolor de intensidad 9/10. Ante la sospecha de PG, se inicia manejo con prednisona 40 mg/día, con descenso progresivo y controlado, hasta una dosis de 10 mg/día, además de reinicio regular de adalimumab 80 mg cada 2 semanas, evidenciando una notable mejoría de las úlceras durante el primer mes de terapéutica. Luego de 6 meses de tratamiento, se observa gran mejoría de lesiones a nivel genital y glúteo (Figs. 4 y 5). Se indica tratamiento de mantenimiento con prednisona 10 mg/día y adalimumab 80 mg cada 2 semanas. Actualmente, la paciente se encuentra en plan de reconstrucción de región genital por parte de Cirugía Plástica.

Referencias

- FKokolakis G, Wolk K, Schneider-Burrus S, Kalus S, et al. Delayed Diagnosis of Hidradenitis Suppurativa and Its Effect on Patients and Healthcare System. *Dermatology*. 2020; 236(5): 421-430.
- Kohorst JJ, Kimball AB, Davis MD. Systemic associations of hidradenitis suppurativa. *J Am Acad Dermatol*. 2015; 73(5 Suppl 1): S27-35.
- Alikhan A, Sayed C, Alavi A, Alhusayen R, et al. North American clinical management guidelines for hidradenitis suppurativa: A publication from the United States and Canadian Hidradenitis Suppurativa Foundations: Part I: Diagnosis, evaluation, and the use of complementary and procedural management. *J Am Acad Dermatol*. 2019; 81(1): 76-90.
- Molina-Lapizco AL, Uh-Sánchez I, Gómez-Palacios G, Aceves-Díaz JE. Pioderma gangrenoso concomitante con hidrosadenitis suppurativa. *Dermatol Rev Mex*. 2018; 62(5): 430-436.
- García-Rabasco AE, Esteve-Martínez A, Zaragoza-Ninet V, Sánchez-Carazo JL, et al. Pioderma gangrenoso asociado a hidrosadenitis suppurativa: aportación de un caso y revisión de la literatura. *Actas Dermosifiliogr*. 2010; 101(8): 717-721.
- Goldburg SR, Strober BE, Payette MJ. Hidradenitis suppurativa: Epidemiology, clinical presentation, and pathogenesis. *J Am Acad Dermatol*. 2020; 82(5): 1045-1058.
- Ingram JR. The epidemiology of hidradenitis suppurativa. *Br J Dermatol*. 2020; 183(6): 990-998.
- Consenso Nacional de Hidradenitis Suppurativa. Guía de Tratamiento actualización 2019. Publicación de la Sociedad Argentina de Dermatología. 2019. N° 1. 1-18.
- Rodríguez-Zúñiga MJM, Heath MS, Gontijo JRV, Ortega-Loayza AG. Pyoderma gangrenosum: a review with special emphasis on Latin America literature. *An Bras Dermatol*. 2019; 94(6): 729-743.
- Maverakis E, Ma C, Shinkai K, David Fiorentino, et al. Diagnostic Criteria of Ulcerative Pyoderma Gangrenosum: A Delphi Consensus of International Experts. *JAMA Dermatol*. 2018; 154(4): 461-466.

COMENTARIOS

La prevalencia de HS es altamente controversial. En Estados Unidos un análisis retrospectivo de más de 48 millones de pacientes evidenció una prevalencia de 0.1%. En Argentina, entre 2017 y 2018, se presentaron 256 casos en el Registro Nacional de Pacientes, mientras que en el año 2019 un estudio descriptivo retrospectivo de corte transversal realizado en un hospital privado de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, presentó una prevalencia de 0.02% con un total de 66 pacientes, con una incidencia mayor en mujeres entre la tercera y cuarta década de la vida.⁶⁻⁸ En el caso del PG, una revisión sistemática realizada desde 1981 hasta 2018 presenta un total de 232 casos en Latinoamérica, de los cuales 69 corresponden a la Argentina, tan solo superado por Brasil con un total de 96 casos informados.⁹

Consideramos de interés presentar a esta paciente por ser HS y PG enfermedades de baja prevalencia en la población, y la coexistencia de estas dos entidades es infrecuente, con pocos casos publicados en la literatura, lo que representa un desafío para su diagnóstico y correcto tratamiento.

En el caso presentado, la biopsia mostró un infiltrado con presencia de neutrófilos, sin evidencia histológica de infección, y al examen clínico se observaron úlceras dolorosas de borde socavado con fondo eritematoso, asociadas a un fenómeno de patergia, que mejoraron notablemente con tratamiento inmunosupresor, datos clínicos compatibles con PG.¹⁰

POLIMIX

7 CEPAS PROBIÓTICAS + PREBIÓTICOS



PRIMER PROBIÓTICO MULTICEPA DE BIFIDOBACTERIAS Y LACTOBACILOS CON PREBIÓTICOS



POLIMIX en Dermatitis Atópica en niños

Este ensayo clínico aleatorizado, doble ciego y controlado con placebo analizó el efecto de **POLIMIX**, un simbiótico de siete cepas, en el tratamiento de la dermatitis atópica en niños de 3 meses a 6 años de edad. Los niños del grupo simbiótico lograron reducciones sustanciales y estadísticamente significativas en los síntomas de la dermatitis atópica después de solo 4 semanas.



Referencia

Farid R, Ahanchian H, Jabbari F, Moghiman T. Effect of a new symbiotic mixture on atopic dermatitis in children: a randomized-controlled trial. Iran J Pediatr 2011;21:225-30.



7 CEPAS PROBIÓTICAS

CULTIVOS BACTERIANOS VIVOS: 1 x 10⁹ UFC / SOBRE:

- Bifidobacterium infantis PXN @ 27™
- Bifidobacterium breve PXN @ 25™
- Lactobacillus rhamnosus PXN @ 54™
- Lactobacillus acidophilus PXN @ 35™
- Lactobacillus delbrueckii ssp. bulgaricus PXN @ 39™
- Lactobacillus casei PXN @ 37™
- Streptococcus thermophilus PXN @ 66™

Fórmula con:

- PREBIÓTICOS: Fructooligosacáridos (FOS) y goma acacia
- Omega-3
- Vitamina D3 (colecalfiferol)

Cassará

EUMICEL S

KETOCONAZOL 2% + AC. SALICÍLICO 2%

NUEVA GENERACIÓN EN CHAMPÚ
LA COMBINACIÓN INTELIGENTE



KETOCONAZOL
RÁPIDA Y EFECTIVA ACCIÓN ANTIMICÓTICA

ÁCIDO SALICÍLICO
POTENTE ACCIÓN QUERATOLÍTICA

COLÁGENO
REPARACIÓN DEL CABELLO DAÑADO

XYLITOL
ACCIÓN ANTIBIOFILM

**CHAMPÚ DE
USO CORPORAL**

INDICACIONES

S Dermatitis Seborreica de Cuero Cabelludo

S Pitiriasis Simple

S Pitiriasis Versicolor

Cassará

Vocación científica. Compromiso social.

Síndrome de Löfgren: manifestación cutánea infrecuente de la Sarcoidosis

Löfgren's syndrome: uncommon skin manifestation of sarcoidosis

Fecha de recibido: 03/03/22 / Fecha de aceptado: 23/06/22

Autores

/ Valentine Paula¹
/ Leyton Susana²
/ Ventrice Cecilia³
/ Dalmasso Lucrecia⁴
/ Bourren Paula⁵

Palabras claves

Síndrome de Löfgren, sarcoidosis.

Keywords

Löfgren syndrome, sarcoidosis .

Resumen

El síndrome de Löfgren es una manifestación aguda e infrecuente de la sarcoidosis que se caracteriza por la triada de eritema nodoso, adenopatías hiliares bilaterales y artralgias o artritis. El diagnóstico se establece con al menos dos de los tres criterios mencionados. Esta patología suele presentar un buen pronóstico y resolver dentro de los dos primeros años incluso sin tratamiento. Sin embargo, la mayoría de los pacientes requieren seguimiento y terapéutica debido al incapacitante dolor que experimentan en cara anterior de piernas y articulaciones. Se presenta a continuación un caso clínico y revisión bibliográfica acerca de esta entidad.

Abstract

Löfgren syndrome is an acute and infrequent manifestation of sarcoidosis characterized by a triad of erythema nodosum, bilateral hilar adenopathy and joint pain or arthritis. The diagnosis is established with at least two of the three mentioned criteria. It presents a favourable prognosis and, usually, resolves within the first two years even without treatment. Nevertheless, most patients require follow up and a therapeutic approach due to the unbearable pain localized on the anterior part of their legs and joints. A clinical case and bibliographic review about this entity will be presented below.

Educandonos. 2022; 8 (3): 34-38.

¹ Médica concurrente de dermatología.

² Médica dermatóloga.

³ Médica de planta dermatóloga.

⁴ Médica de planta dermatopatóloga.

⁵ Jefe del Servicio de dermatología.

Servicio de Dermatología. Hospital General de Agudos "Dr. Juan A. Fernández", CABA, Argentina.

INTRODUCCIÓN

El síndrome de Löfgren es una forma de sarcoidosis de presentación aguda, que se observa en menos del 5 al 10% de las sarcoidosis¹. Se caracteriza por una triada: eritema nodoso, adenopatías hiliares bilaterales y artralgias. Presenta una mayor incidencia en mujeres jóvenes de descendencia escandinava y existe una fuerte asociación con la presencia del alelo HLA-DRB1*0301.

La edad promedio de presentación es entre los 30 y los 40 años de edad, con un segundo pico en las mujeres de entre 45 y 65 años. Este síndrome suele ser autolimitado con una duración promedio de 3 semanas a 3,7 meses, sin embargo, en algunas ocasiones los síntomas pueden ser debilitantes y requieren tratamiento sintomático.

CASO CLÍNICO

Paciente de sexo femenino de 42 años de edad, oriunda de Paraguay con antecedentes personales de urolitiasis, infecciones urinarias a repetición, y dos embarazos ectópicos. Consulta por lesiones nodulares en miembros inferiores, dolorosas a la palpación, de dos semanas de evolución, asociadas a fiebre, artralgias en tobillos y muñecas. Al examen dermatológico la paciente presenta nódulos eritematosos, indurados, dolorosos, sin signos de flogosis, localizados de forma simétrica en cara anterior y región infrapatelar de ambos miembros inferiores (Figs 1A, B). Se solicita biopsia quirúrgica de las lesiones nodulares que evidencia una paniculitis septal compatible con eritema nodoso (Figs 2 y 3). Rutina de laboratorio: sin particularidades; colagenograma normal, serologías para HIV, VDRL, hepatitis B y C negativas.

Strep test, PPD y urocultivo negativos. Se descarta embarazo con un dosaje de beta-hCG de 0. Ecografía de piel y partes blandas evidencia un área heterogénea de aproximadamente 4 cm por engrosamiento de la piel y tejido celular subcutáneo con discreto infiltrado lineal anecoico, sin evidencia de colecciones, ecografía de abdomen dentro de límites normales. Luego de descartar distintas causas de eritema nodoso, se solicita una tomografía de tórax en donde se evidencian múltiples adenopatías mediastinales superiores, prevascular, y retrocavo pretraqueal de 17-20mm (Fig. 4). Con la clínica consistente en



Figura 1a. Lesiones nodulares, eritematosas, induradas, dolorosas en ambas piernas.

“ El estudio de lo pasado enseña cómo debe manejarse el hombre en lo presente y por venir ”

Manuel Belgrano

Correspondencia

Valentine Paula.
E-mail: paula.i.valentine@gmail.com
Dirección: Av. Cerviño 3356,
CABA, Argentina.
Teléfono: (+54) 011 4808 2600

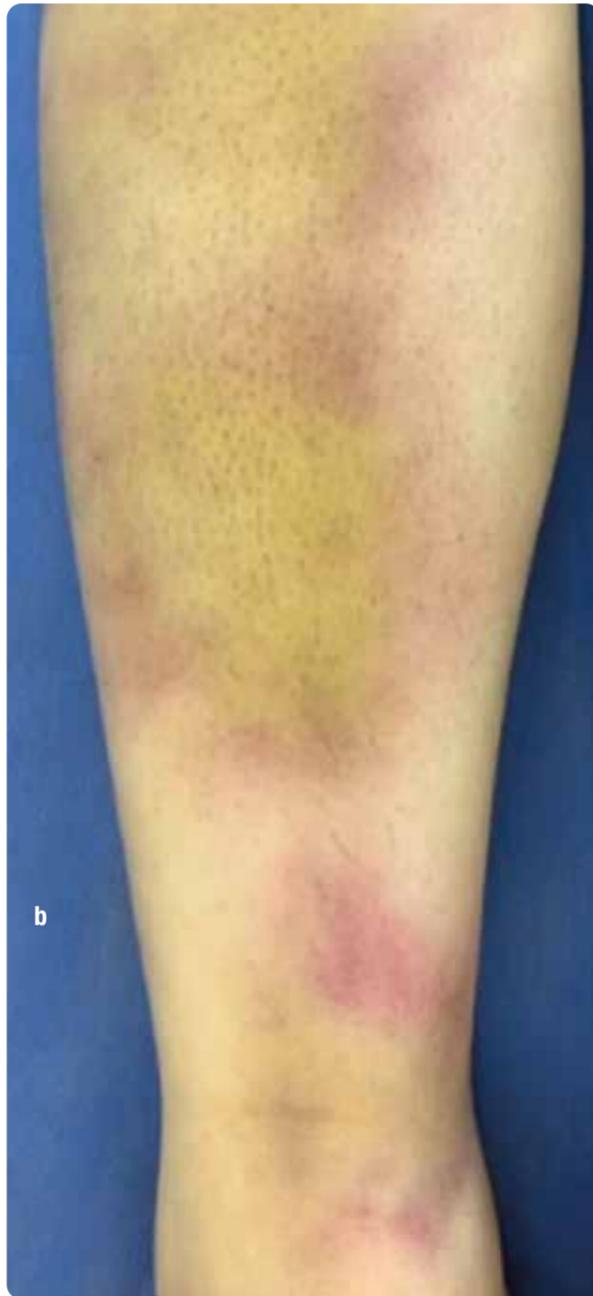


Figura 1b. Lesiones nodulares, eritematosas, induradas, dolorosas en ambas piernas.

artralgias, nódulos en miembros inferiores, fiebre, biopsia de piel compatible con eritema nodoso y tomografía de tórax con linfadenopatías hiliares bilaterales, se llega al diagnóstico de Síndrome de Löfgren. Dentro de la evaluación interdisciplinaria, el servicio de oftalmología evidencia epiescleritis temporal del ojo derecho, el resto del examen sin particularidades. El servicio de neumonología solicita la enzima convertidora de angiotensina (ECA) la

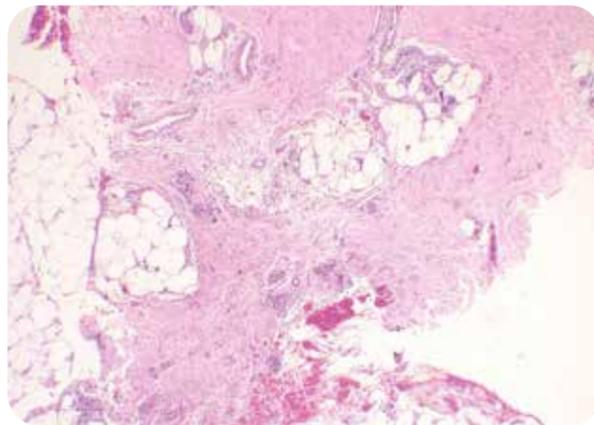


Figura 2. (HE-40X) Paniculitis septal.

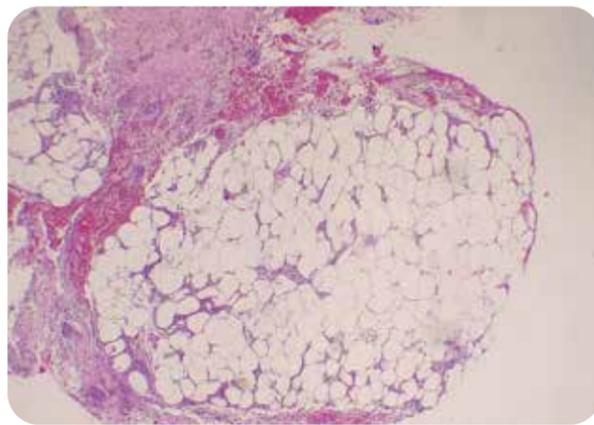


Figura 3. (H/E-40x) Septos engrosados, infiltrado de células inflamatorias que se extiende hasta las áreas periseptales de los lobulillos grasos.

El síndrome de
Löfgren presenta
una mayor
incidencia en
mujeres jóvenes
de descendencia
escandinava

cual se encuentra dentro de parámetros normales, y una espirometría sin particularidades. El servicio de cardiología no encuentra alteraciones.

Inicia tratamiento con ibuprofeno 600mg cada 12 horas por 2 semanas, y luego prednisona 20mg/día por 2 meses con descenso gradual. Reposo y elevación de miembros inferiores. Luego de tres meses de tratamiento, la paciente evoluciona favorablemente a nivel cutáneo, sin presentar nuevas lesiones. (Figura 5). Sin embargo, continúa en seguimiento con el servicio de neumonología por la persistencia de linfadenopatías hiliares.

COMENTARIOS

La sarcoidosis es una enfermedad granulomatosa que puede afectar varios órganos. Hasta un 30% de los pacientes presentan compromiso cutáneo².

Su etiología es desconocida, aunque se sugieren diferentes desencadenantes como factores ambientales (cría de aves, trabajos con algodones, insecticidas, ambientes húmedos, etc.), algunos microorganismos, y predisposición genética. Las manifestaciones cutáneas de la sarcoidosis se dividen en lesiones específicas (granulomas no caseificantes presentes en las biopsias) y no específicas (lesiones reactivas sin formación de granulomas). Dentro de estas últimas la más frecuente es el eritema nodoso, presentándose en hasta 25% de los casos de sarcoidosis². La tríada de eritema nodoso, poliartritis aguda y linfadenopatía hiliar bilateral es conocida como síndrome de Löfgren.

El síndrome de Löfgren está genéticamente asociado con HLA-DRB1*0301 y HLA-DQB1*0201, se presenta a menudo en los meses de primavera e invierno³, y se caracteriza por una evolución benigna. En la población general, el riesgo de desarrollar sarcoidosis durante la vida es del 1,3% para las mujeres y del 1% para los hombres. El síndrome de Löfgren se observa en menos del 5 al 10% de las sarcoidosis¹, siendo una entidad muy poco frecuente. Clínicamente se observan nódulos eritematosos subcutáneos de 0,8-4cm sobre la cara anterior de las piernas, que resuelven entre 3 a 8 semanas sin dejar cicatriz y se encuentran presentes en 90% de los casos. Las adenopatías hiliares bilaterales también se observan en el 90%

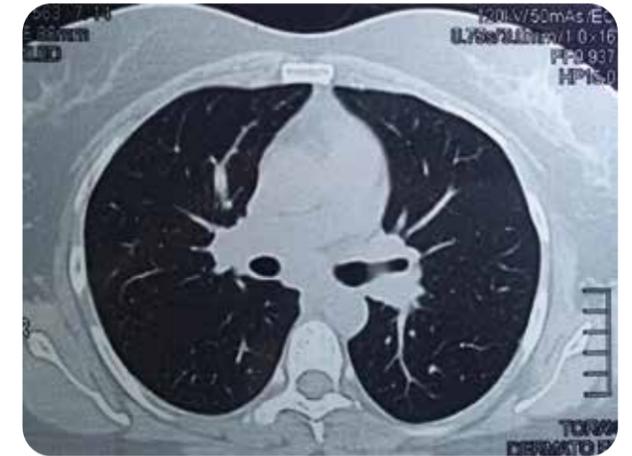


Figura 4. Tomografía computada de tórax: múltiples adenopatías mediastinales, prevascular y retrocavo pretraqueal.



Figura 5. Mejoría clínica tras 3 meses de evolución.

de los pacientes. El compromiso articular suele ser la primera manifestación del síndrome y compromete principalmente, los tobillos en forma bilateral, pero puede comprometer también rodillas, muñecas, codos y otras articulaciones. Ocurre en el 10% al 39% de los pacientes y dura entre 2 semanas y 4 meses.¹ El factor reumatoideo es negativo y aproximadamente un tercio presentan artritis permanente.

En los hombres es más frecuente la afectación articular, mientras que en las mujeres lo es el eritema nodoso. El diagnóstico es clínico y se realiza con al menos 2 de los 3 criterios que forman la tríada. En la mayoría de los casos la fiebre también está presente pero no forma parte de los criterios diagnósticos. La presencia de adenopatías hiliares, eritema nodoso y artritis tienen una especificidad diagnóstica mayor al 95%.² Con respecto al laboratorio, no existe un marcador específico para el diagnóstico.

En la sarcoidosis cutánea de larga data se solicita el nivel de ECA que suele estar aumentada en un 40-90% de los casos. En cambio, en el Síndrome de Löfgren, este valor se encuentra normal o ligeramente aumentado, por lo que no se lo considera como una herramienta diagnóstica o de seguimiento. El diagnóstico diferencial debe plantearse con las distintas causas de eritema nodoso, fundamentalmente, con patologías que

también presentan adenopatías mediastínicas como la tuberculosis, linfomas, y metástasis. La mortalidad de la sarcoidosis es inferior al 5%.

El síndrome de Löfgren es la forma de sarcoidosis con mejor pronóstico, es autolimitada, generalmente resuelve en 3 meses. A pesar de esto el 8% de los pacientes tienen síntomas activos 2 años después del diagnóstico y 6% tienen episodios de sarcoidosis recurrente 2 a 20 años después del diagnóstico.³ Debido a su naturaleza autolimitada, se recomienda el tratamiento inicial en base a AINEs, reposo y elevación de extremidades. En casos refractarios luego de 2 semanas de tratamiento, la prednisona en dosis de 20 a 40mg/día por un período de 1 a 3 meses es el fármaco de elección.

El seguimiento debe hacerse con examen clínico, radiografía de tórax cada 3-6 meses, test de función pulmonar, electrocardiograma, y rutina de laboratorio cada 6 meses. El síndrome de Löfgren, a pesar de ser una entidad de baja prevalencia, debe ser considerado como diagnóstico diferencial en pacientes con eritema nodoso y/o adenopatías hiliares. Es importante el rol del dermatólogo para realizar diagnóstico de cuadros sistémicos a partir de manifestaciones cutáneas. Una adecuada historia clínica, un examen físico completo y una valoración global del paciente permiten arribar a diagnósticos complejos como el caso expuesto.

Referencias

1. Poveda-Conde LC, Cortés JS, Rodríguez-Parra MA, Duran-Gutiérrez LF. Síndrome de Löfgren en Neiva – Colombia: reporte de un caso. *Rev. Argent. dermatol.* 2019; 100 (3): 24-38.
2. Zapata-González F, Vásquez-Ochoa LA, Arroyave-Sierra JE, Arredondo-Ossa MI, et al. Sarcoidosis cutánea. *Rev CES Med.* 2014; 28 (2): 293-306.
3. Paucar K, Del Solar M, Bravo F, Salomón M, et al. Sarcoidosis: Síndrome de Löfgren. *Folia dermatol Peru.* 2011; 22 (2): 107-113.
4. Prystowsky S, Sánchez M. Cutaneous manifestations of sarcoidosis, UpToDate. Disponible online: [https://www.uptodate.com/contents/](https://www.uptodate.com/contents/cutaneous-manifestations-of-sarcoidosis)

cutaneous-manifestations-of-sarcoidosis Fecha de consulta: 3/03/22.

5. Marchell RM, Thiers B, Judson MA. Sarcoidosis (Síndrome de Löfgren) En: Goldsmith L, Katz S, Gilchrist B, Paller A, et al. *Fitzpatrick Dermatología en Medicina General.* 8ª edición. Ed Panamericana, Buenos Aires, 2014: 1873.
6. Severiche-Hernández D, Severiche-Bueno D, Rey D. Síndrome de Löfgren- Una variante clínica de la sarcoidosis caracterizada por eritema nodoso, artritis y adenomegalias mediastinales. *Acta med Colomb.* 2015; 345-348.

“ Aquel que duda y no investiga, se torna no sólo infeliz, sino también injusto ”

Pascal

RECUPLUS

L-CISTINA • VITAMINA B6 • PÉPTIDOS DE COLÁGENO



FÓRMULA DE AVANZADA MULTI-ACCIÓN

PELO UÑAS PIEL

Cassará

Vocación científica. Compromiso social.



Autores

/ Chirino Carlos Nestor¹
/ Chicahuala Martín Santos²

Tinción circunstancial de la piel, por manipulación de frutos de la palmera pindó

Accidental skin staining due to manipulation of Queen Palm fruits

Fecha de recibido: 04/05/22 / Fecha de aceptado: 06/08/22

Palabras claves

Palmera pindó. *Syagrus romanzoffiana*. Tinción. Tintura. Tinte. "Tatuaje" transitorio. Pigmentos naturales.

Keywords

Queen palm. *Syagrus romanzoffiana*. Tincture. Staining. Dye. Transitory "tattoo". Natural pigments.

Resumen

En consulta remota, se nos envió un grupo de fotografías, donde se observan manchas en las extremidades, que generaron inductivamente varios diagnósticos diferenciales, la rápida evolución de las máculas, asociado al importante, aunque relativamente tardío, recuerdo de la paciente de haber manipulado frutos de la "palmera pindó", nos permitió elaborar un diagnóstico de certeza respecto al origen de estas pigmentaciones y gracias a un razonamiento lineal formulamos medidas terapéuticas consideradas más adecuadas.

Abstract

Remote consultation, a group of photographs were sent to us, where spots are observed on the extremities, which inductively generated several differential diagnoses, the rapid evolution of the maculae, associated with the important, although relatively late, memory of the patient of having manipulated fruits of the pindó palm, allowed us to make a certain diagnosis regarding the origin of these pigmentations. Using linear reasoning, we elaborated therapeutic measures considered to be the most appropriate.

Educandonos. 2022; 8 (3): 40-46

¹ Médico cirujano y dermatólogo. Profesor en Ciencias Médicas Univ. Católica de Cuyo

² Ingeniero Agrónomo. Master Science en Recursos Naturales UBA. Docente Investigador del Instituto Nacional de Tecnología Agropecuaria (INTA).



Servicio de Dermatología. Policlínico Regional "Juan Domingo Perón", Villa Mercedes, San Luis, Argentina.

Correspondencia

Chirino Carlos Nestor.
E-mail: canechi01@hotmail.com
Dirección: Maipu 450, Villa Mercedes, San Luis, Argentina.
Teléfono: (02657) 42 1415

INTRODUCCIÓN

La consulta fue efectuada por una médica epidemióloga, adjuntando fotografías de la paciente, su hermana, quién refería gran preocupación por la aparición repentina de máculas ferruginosas asintomáticas, localizadas en palmas de manos, pie derecho, y fosa poplítea izquierda según veremos más detalladamente luego.

CASO CLÍNICO

Se trata de una paciente de sexo femenino de 52 años, residente en Córdoba (Argentina), sin manifestaciones de síndrome constitucional, ni antecedentes personales patológicos de relevancia, no hay datos respecto a la ingesta de medicamentos previos. La paciente refirió que luego de realizar tareas de limpieza de su piscina, expuesta al sol, observó la aparición de múltiples manchas de color naranja rojizo y pardo. Expresó que el instrumento usado para esta tarea se denomina barrefondo, el que está construido de material plástico, aunque no fue posible descartar que el mismo tuviese alguna abrazadera, u otro elemento de metal capaz de oxidarse provocando las manchas. Al examen se evidenciaba lo siguiente: En la mano izquierda, máculas ubicadas en la zona media de la palma, y en la cara palmar de los dedos, medio anular e índice, en este dígito la mancha afectaba también la cara interna de la falangina (Fig. 1). En la mano derecha, máculas localizadas en la cara palmar de los dedos índice, medio, anular, meñique, y además otra, en zona interna del rodete dígito palmar. (Fig. 2) En el miembro inferior izquierdo, una mácula lineal con el aspecto de mancha por escurrimiento o reguero, cuya distribución semeja la letra jota, así discurre desde parte media de la pared superior de la fosa poplítea izquierda, descendiendo y se dirigía hacia afuera alcanzando el vértice del peroné. (Fig. 3) En el borde lateral externo del pie derecho, una mancha solitaria de varios centímetros de diámetro. (Fig. 4) Todas las lesiones eran asintomáticas. Horas después, en una segunda comunicación, la paciente recuerda haber recogido de su jardín frutos de la "palmera pindó" (*Syagrus romanzoffiana*), caídos en el césped, (Figs. 5 y 6). Expresó que si bien el motivo del retiro de estos frutos era por razones de higiene, también se debía a que los perros de la paciente al ingerirlos enfermaban con signo-sintomatología del aparato digestivo. Se le indicó no exponerse a la radiación ultravioleta, ni usar tratamiento tópico, ni ingerir medicación alguna, mientras que, para baños y lavados de manos, continuara usando lo habitual, en este contexto poco tiempo después las



Figura 1. En mano izquierda se observan máculas ubicadas en la zona media de la palma, y la cara palmar de los dedos, medio anular e índice, en este dígito la mancha descende y afecta también la cara interna de la falangina.



Figura 2. En la mano derecha, se observan tinturas de color pardo en cara palmar de dedos índice, medio, anular, meñique, y además otra, en zona interna del rodete dígito palmar.



Figura 3. En el miembro inferior izquierdo, se observa una mácula lineal con el aspecto de mancha por escurrimiento o reguero.



Figura 4. En el borde lateral externo del pie derecho, se observa una mancha de varios centímetros de diámetro.

manchas se atenuaron para resolverse totalmente en alrededor de tres días sin secuelas (Fig. 7).

COMENTARIOS

La palmera “pindó” (*Syagrus romanzoffiana*) es una especie nativa, abundante, que crece de manera natural en la provincia de Formosa, Argentina, se ha extendido a otras provincias cuyas condiciones edafo-climáticas son favorables para dicha expansión (figura N° 1). Las plantas producen frutos de formas diferentes, ovalados y esféricos, los cuales contienen: vitamina C (ácido ascórbico),

además de otros compuestos con diferentes usos, y una de estas aplicaciones es como pigmento.¹ Los pigmentos naturales, son componentes bioactivos de origen animal, pero en su mayoría son de origen vegetal, presentes en las hojas jóvenes, flores y frutos de diversas plantas^{3, 4}, algunos, aparte de colorear las propias estructuras vegetales, eventualmente de manera accidental o intencional, también pueden teñir telas, papel, alimentos, e incluso la piel.⁵ Un ejemplo de estas tinciones cutáneas con sustancias vegetales ocurre con *Lawsonia inermis*, “alheña”, del árabe al-innā, y en inglés “henna”, una planta con flores que se ha utilizado desde la época medieval para teñir (manchar) la piel, el cabello y las uñas, de un color marrón claro debido a su ingrediente activo la naftaquinona, con propiedades tintóreas, utilizada a modo de celebración en la cultura hindú, el Medio Oriente, India, Pakistán, Sudán, Libia y otros países. En la actualidad en Europa y América se la emplea para tinturas transitorias a modo de “tatuajes” temporales, que no son tales porque para esta expresión artística no se usan agujas, pues el tinte solo es depositado (pintado) sobre la piel para luego, en aproximadamente dos o tres semanas, desvanecerse. En el caso de nuestra paciente las manchas transitorias se debieron a la manipulación de los frutos de la palmera “pindó”, cuya composición química incluye polifenoles, carotenoides, ácido ascórbico (vitamina C) y proteínas, y cuando maduran, las frutas contienen altos niveles de flavonoides amarillos⁶ (ver tabla N° 1). Con el sesgo de la subjetividad del grupo de Dermatólogos observadores de las fotos enviadas, hubo coincidencias en que el tono de las manchas era color óxido o ferruginoso (herrumbre) o sea naranja rojizo o amarillo-rojizo, salvo en dedos y rodete digito- palmar de mano izquierda, donde el color era pardo.

Tabla N° 1- PIGMENTOS NATURALES (Fuente 4)

A- Hidrosolubles *		B- Oleosolubles	
Antocianinas		Carotenoides	
Flavonoides**	color		color
Malvidina	purpura (violeta)	α-carotenos	Naranja-rojizo, amarillo.
Flavonoles	amarillo o marfil	β-carotenos	
Delfinidina	azul	Luteína***	Amarillo azafrán, cetrino
Cianidina	violeta	licopeno	Rojo o amarillo
Pelargonidina	naranja.	β-cryptoxantina****	Naranja intenso
		Zeaxantina****	amarillo

*solubles en agua caliente, alcohol y disolventes orgánicos polares [acetona, ácido acético, alcohol isopropílico (propanol)], como estos en estado libre, pasan a ser solubles en disolventes orgánicos oxigenados [metanol., etanol, isopropanol (alcohol de frotar)]. ** Del latín flavus= amarillo. ***Del latín luteus= amarillo azafrán o cetrino. ****Del griego xanthos=amarillo.



Figura 5. Palmera “pindó” (*Syagrus romanzoffiana*).



Figura 6. Frutos de la palmera “pindó”.

En el periodo de tiempo durante el cual las manchas permanecieron visibles (cerca de 72 h), los diagnósticos diferenciales considerados, fueron:

I- **Aurantiasis cutis o β-carotenodermia**: afección benigna y reversible, que proporciona a la piel un color dorado o amarillento, resultado de hipercarotenemia, consecuencia de la ingesta de cantidades excesivas de alimentos conteniendo caroteno,^{7,8} si bien se conoce la existencia de otros mecanismos capaces de desarrollar este fenómeno, tales como: a- elevación de los niveles de lípidos séricos por aumento de las lipoproteínas con carotenoides circulantes⁹, y b: merma del metabolismo de los carotenoides, observado en patologías como el hipotiroidismo, diabetes mellitus, anorexia nerviosa, síndrome nefrótico, y hepatopatías.^{10, 11, 12, 13} Los depósitos de β-carotenos van a localizarse con mayor predilección en el estrato córneo de la piel de palmas y plantas, y ocasionalmente también en la piel del tronco y extremidades. La ausencia de coloración en la mucosa conjuntival, escleróticas y mucosa oral, nos permite diferenciarlo de la ictericia.

II- **Hiperbilirrubinemia (HBR)**: el aumento de los niveles de bilirrubina, y su posterior depósito en piel y escleróticas

les confiere color amarillo, constituyendo el signo clínico denominado ictericia, destacándose la particularidad, según la cual, el color áureo de las escleróticas, tiene mayor sensibilidad que la ictericia generalizada para el diagnóstico presuntivo de HBR. Muy significativo de los niveles elevados de este pigmento biliar color amarillo-anaranjado es la tríada clínica de ictericia, prurito y orina color ámbar oscuro (“coca-cola”).¹⁴ Los antiguos griegos y romanos ya habían reconocido a la ictericia como una enfermedad, en esa época, el término “Ikteros”, del griego antiguo, tenía dos acepciones: una era “ictericia”, y la otra era “pájaro amarillo”, probablemente la “oropéndola de oro” *Oriolus oriolus*, Plinio el Viejo en Historia natural XXX: XXVII (77 a.C.), decía: “Hay un pájaro llamado ictericia debido a su color. Si una persona con ictericia lo mira, se cura de la enfermedad, pero el pájaro muere”.¹⁵ En Argentina al no disponer de esta variedad de ave debemos indicar otros tipos de tratamientos.

III- **Quinacrina**: casi el 50% de los pacientes tratados con este antipalúdico, indicado en giardiasis, teniasis y lupus eritematoso, pueden desarrollar un color amarillento en piel y mucosas, pero con niveles de bilirrubinemia normales, suceso relacionado con la dosis acumulada de quinacrina e interpretado como una reacción adversa al



Figura 7. Resolución de las tinciones 72 h después de su aparición.

fármaco, esta coloración resuelve luego de suspendido el medicamento.

IV-**Riboflavinemia (vitamina B2)**: en su forma sólida y purificada, es un polvo cristalino color amarillo-anaranjado soluble en agua, cuando es consumida en exceso se excreta rápidamente por riñón, la orina entonces se verá de color amarillo brillante. Las fuentes alimentarias de esta vitamina son numerosas, consignamos solo algunas: hígado (de ganso, pato o vaca), quesos (roquefort, cabrales, gruyere), almendras, champiñones, setas, y sardinas.

IV-**Licopenemia**: una entidad clínica benigna caracterizada por el color amarillo-anaranjado de la piel, “respetando” las mucosas, está ocasionado por la ingesta excesiva de frutas y verduras con alto contenido en licopeno, cuya fuente principal es el tomate, también se encuentra en las zanahorias rojas, pimiento rojo, sandía, perejil, rosa mosqueta, remolacha y chauchas (judías verdes), el exceso de este carotenoide provoca depósitos en el estrato córneo de la piel, capa cutánea de alto contenido lipídico y por lo tanto muy afín al licopeno. La reducción dietaria de la fruta y verduras mencionadas, redundan en la resolución completa del síntoma objetivo.¹⁶

V- **Fascitis eosinofílica (FE)**: la mancha por escurrimiento del miembro inferior izquierdo de nuestra paciente (foto C), podría habernos hecho pensar en el signo del “lecho del río seco”, característico de la FE, dermatosis que

afecta la piel y los tejidos blandos de miembros y tronco, sin embargo el trayecto lineal de esta dermatosis es en realidad un surco, asociando a eritema y edema en las extremidades, además de una induración simétrica, que luego de la resolución del edema, deja “piel de naranja”, posteriormente la dermis, el tejido celular subcutáneo y la fascia se engrosan, dándole a la piel una textura irregular y leñosa, diferente a la de la esclerodermia, donde la piel es suave y brillante.¹⁷

VI- **Fitofotodermatitis (PPD)**: Es un exantema inflamatorio fototóxico cutáneo resultado del contacto entre la radiación ultravioleta A de onda larga (UV-A, 320-380 nm) con sustancias herbarias fotosensibles [furanocumarinas (cuya partícula activa es el psoraleno), presentes en el perejil, apio, zanahorias, y lima], luego de 24 horas pos exposición (máximo 48-72 h), se desarrolla una reacción fototóxica directa, independiente del sistema inmunológico, pudiendo esta erupción persistir semanas antes de resolver. En la PPD es característica la aparición de eritema y escozor (molestia ardiente de la piel), pudiendo luego ampollarse y dejar una hiperpigmentación pos inflamatoria que puede durar semanas a meses. El eritema, generalmente no se acompaña de prurito, pero de ocurrir deben contemplarse alguno de los otros diagnósticos diferenciales, especialmente si más que prurito propiamente dicho, el paciente percibe dolor urente (dolor o ardor que “quema”). a- “Dermatitis del cosechador”: una reacción foto cutánea resultado de la exposición a umbelíferos (eneldo, apio, cilantro, zanahoria, hinojo y perejil). b- “Exantema por desmalezadora o cortadora de césped”: el agente probablemente es un perejil gigante, también de la familia de los umbelíferos. c- Otros posibles responsables de la PPD son la lima, las hojas de parra, las hojas de la higuera, tallos del arbusto *Ficus pumila* (ficus trepador o rastreo)¹⁸ la *Ruta graveolens* (“ruda”) que contiene varios aceites esenciales (furocumarinas y metoxipsoraleno) y alcaloides (graveolina).^{19, 20, 22, 23}

La paciente reconoce como anómala la aparición repentina de estas manchas, y por su creencia de que pueden haber sido causadas por un estado patológico o enfermedad, decide consultar al médico/a, constituyéndose, las máculas, en esta instancia, en un síntoma objetivo. Las tinciones, producidas por el fruto de la “palmera pindó”, luego de ser objetivadas por el especialista, se definen como un dato objetivo, entonces, son ahora, un

«signo». Si se define a “tratamiento o terapia” (latín terapia, y griego therapeia) al conjunto de medios (higiénicos, farmacológicos, quirúrgicos u otros) cuyo empleo tienen la finalidad de curar (sanar), o paliar (aliviar, atenuar, suavizar, disimular) la enfermedad o los síntomas, surge entonces que tenemos dos de los elementos, relacionados con las metodologías usadas para quitar las manchas, coincidentes con la definición precedente, estos factores son: A)- se emplean medios higiénicos, y/o sustancias químicas, para B)- quitar las pigmentaciones, y de esta manera, aliviar las preocupaciones de la paciente.

Basándonos en el color de los pigmentos, el tono de las máculas podría atribuirse, ya sea por acción individual, o por acción sinérgica con otro, u otros, a cualquiera de los siguientes a saber: algunos hidrosolubles, como los flavonoides pelargonidina (anaranjado), y los flavonoles (amarillo marfil), otros liposolubles, como los carotenoides, α o β carotenos (anaranjado-rojizo o amarillo), la luteína [amarillo rojizo (azafrán) o amarillo verdoso (cetrino)], licopeno (rojo o amarillo), β criptoxantina (anaranjado intenso) y zeaxantina (amarillo), es obvio que desde el punto de vista práctico resulta difícil diferenciar cual o cuales son los responsables, entonces, empíricamente, las medidas deben orientarse a remover ambas clases de pigmentos, hidrosolubles y liposolubles. Usando un razonamiento lateral, surge que para eliminar los hidrosolubles, debieran usarse lavados con agua caliente, o disolventes orgánicos polares como el ácido acético (vinagre: blanco, tinto o de manzana, a saturación o ligeramente diluido en agua), ahora si usamos un pensamiento lineal, al reconocerse que, en estado libre, los pigmentos pierden la solubilidad en agua para convertirse en solubles en disolventes orgánicos, entonces resultarían más útiles estos últimos. Por supuesto, nada impide que ambos métodos sean usados de manera complementaria. El etanol (alcohol etílico, o alcohol absoluto), puede conseguirse con facilidad, y puede usarse diluido o sin diluir, debiendo recordarse que es astringente.

Tasar R, y colab. en su trabajo “How irritant are n-propanol and isopropanol? A systematic review”, refieren, y transcribimos literalmente la traducción: “el isopropanol (alcohol de frotar, alcohol isopropílico), es usado como desinfectante de manos, habiéndose estudiado sus posibles efectos irritantes, los cuales podrían impedir su empleo en ciertas personas, estudios recientes indican que, si

bien, existe un mayor riesgo de irritación de la piel con n-propanol e isopropanol, este riesgo parece ser menor que el lavado frecuente de manos con detergentes, como recomiendan algunos para prevenir infecciones”.²⁴

Formulaciones útiles para eliminar tanto los pigmentos hidrosolubles como los liposolubles son las indicadas para la desinfección de manos, publicadas por la OMS, (ver tabla N°2), con la salvedad de que el glicerol probablemente debiera emplearse a concentraciones menores, si es que se pretende remover también lípidos sin provocar astringencia o irritación cutánea.

Tabla N° 2 (Fuente OMS²⁵) Formulas indicadas para la higiene de manos en épocas de pandemia

Reactivos para formulación 1	Reactivos para formulación 2
Etol al 96%	Alcohol isopropílico 99,8%
Peróxido de hidrogeno al 3%	Peróxido de hidrogeno al 3%
Glicerol al 98%	Glicerol al 98%
Agua destilada estéril o, luego de hervida, fría. CSP*	Agua destilada estéril o, luego de hervida, fría. CSP*

* Abreviatura: CSP= cantidad suficiente para..., por ejemplo, 100 CC.

CONCLUSIONES

Si bien el caso de nuestra paciente es un suceso anecdótico, sin mayor trascendencia del punto de vista de la salud de la persona afectada y de su familia, generó en el grupo de dermatólogos/as que observaron las fotos de la consulta remota varios diagnósticos diferenciales, y alguno de estos, podrían haber ocasionado la realización de estudios y tratamiento empíricos innecesarios. Una dificultad accesoria fue que la paciente, en la primera comunicación, recordara solo el uso de un instrumento para limpiar su piscina, y recién, luego de 12 h hizo mención a la manipulación de los frutos de la palmera

Syagrus romanzoffiana, el evento que describimos confirma que en todas las dermatosis relacionadas con especies vegetales resulta clave el antecedente de la exposición previa a alguna de estas. Durante el estudio del estado de arte, no nos fue posible encontrar en la literatura la descripción de un accidente similar al hoy presentado, hallamos, sin embargo, varios métodos sin base científica seria, para eliminar los tintes del cabello que se depositan accidentalmente en la piel cercana al cuero cabelludo y las uñas. Luego de estudiar la

composición química de los frutos de la palmera sugerimos medios higiénicos y químicos que pueden considerarse más adecuados para la eliminar los tintes. La profilaxis primaria indicada a la paciente, a fin de prevenir nuevos accidentes en circunstancias de la manipulación de esta planta y en especial de sus frutos, fue el uso guantes, camisa de manga larga, pantalón largo, sombrero, y anteojos para disminuir las probabilidades de contacto directo entre esta palmera con cualquier región anatómica expuesta a ella.

Referencias

- Bonomo M, Capeletti LE. Uso prehispánico de las palmeras *Syagrus romanzoffiana* y *Butia yatay* en el Nordeste argentino: aportes desde la etnografía y la biometría. *Revista del Museo de Antropología*. 2014; 7 (2): 227-234. Fecha de consulta: 7/08/22. Disponible online: <https://revistas.unc.edu.ar>
- Falasca SL, Miranda del Fresno C, Ulberich A. Posibilidades del cultivo del pindó (*Syagrus romanzoffiana*) en Argentina como productora de biodiesel bajo condiciones de clima semiárido. Cuarto Congreso Nacional – Tercer Congreso Iberoamericano Hidrógeno y Fuentes Sustentables de Energía-HYFUSEN-2011. Fecha de consulta: 7/08/22. Disponible online: <https://docplayer.es/18019193-Posibilidades-de-cultivo-del-pindo-syagrus-romanzoffiana-en-argentina-como-productora-de-biodiesel-bajo-condiciones-de-clima-semiarido.html>
- Busso Casati CI. Estabilidad de poli fenoles y caracterización físico-química y sensorial en pulpas de frutos rojos en relación a los procesos tecnológicos para la obtención de alimentos e ingredientes alimenticios. 2016. Fecha de consulta: 7/08/22. Disponible online: http://repositorioba.sisbi.uba.ar/gsd/collect/posgraafa/index/assoc/HWA_1425.dir/1425.PDF
- Nehlin S. El color de las palmeras (Policromía de las palmas). 1996, revisado 2021. Fecha de consulta: 7/08/22. Disponible online: <http://palmasenresistencia.blogspot.com/2008/10/el-color-de-las-palmeras.html>
- Y colorín colorado.... ¿qué colores has encontrado? Universidad de Cuyo, Ministerio de educación de la Nación, UNESCO. 2012. Fecha de consulta: 10/08/22. Disponible online: <https://www.uncuyo.edu.ar/olimpiadas/upload/2012-prueba-nacional-experimental-nivel-ii.pdf>
- Rodríguez da Silva L, Figueiredo AR. Potential of the Jerivá Fruit (*Syagrus romanzoffiana* C.): Physicochemical and Bioactive Characterization. 2020. *Agricultural Science Digest - A Research Journal*. DOI:10.18805/ag. D-235
- Decker R, Jacobeit J, Case report of a girl with secondary amenorrhea associated with auranthisis cutis. 2016. Poster. P2-404. Fecha de consulta: 7/08/22. Disponible online: https://abstracts.eurospe.org/hrp/0086/eposters/hrp0086P2-P404_eposter.pdf
- Dadlani Dadlani NM, Artigas Clemente M, Belenguer Pola L, Garcés Cubel R, et al. Carotenodermia: diagnóstico diferencial del tinte icterico de la piel. *Rev Pediatr Aten Primaria*. Supl. 2021(30):152-153.
- Pant V, Baral S. Lady with yellow palm. *Atención Primaria Práctica* (en inglés). 2020; 2 (3): 100049. Fecha de consulta: 26/12/21. Disponible online: <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-practica-24-articulo-lady-with-yellow-palm-S2605073020300109>
- Kayhan-Tetik B, Çaylan N. Betacarotenemia con afectación nasal aislada en una niña: A propósito de un caso. *Arch Argent Pediatr*. 2019; 117(5): e502-e504
- Priyadarshani AMB. Insights of hypercarotenaemia: A brief review. *Clinical nutrition ESPEN*. 2018; 23: 19-24.
- Leung AK. Carotenemia. *Advances in Pediatrics*. 1987; 34: 223-248.
- Stack KM, Churchwell MA, Skinner RB. Xantoderma: case report and differential diagnosis. *Cutis*. 1998; 41: 100-102.
- Habib HA, Saunders M. El pájaro amarillo de la ictericia. Reconocimiento de la obstrucción biliar. *Nursing*. 2012; 30(1): 24-31.
- Ostrow J, Saunders M, Silverstein B. *The Gut Course Syllabus, Human Biology* 551. 41st ed. University of Washington.. 2010: 112-171.
- Reich P, Schwachman H, Craig JM. Lycopoenemia: a variant of carotenemia. *N Engl J Med*. 1960; 262: 263.
- Chiesura V, Vásquez M, Valente E, Kurpis M, et al. Fascitis eosinofílica: a propósito de un caso. *Rev. argent. dermatol*. 2014; 95 (3): 45-54.
- Baugh WP, Lazzaro CC, Barnette D, Baugh NA. Phytophotodermatitis. Clinical presentation. In Medscape. Nov 2021. Fecha de consulta: 26/12/21. Disponible online: <https://emedicine.medscape.com/article/1119566-clinical>
- Eickhorst K, DeLeo V, Csaposs J. Rue the herb: Ruta graveolens-associated phytophototoxicity. *Dermatitis*. 2007; 18 (1): 52-5.
- Unzueta-Roch JL, Pizarro Pizarro I, Astiz Blanco MI, Hernández Delgado MJ. Fitofotodermatitis por Ruta graveolens. *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2014; 16: 327-329.
- Arias-Santiago SA, Fernández-Pugnaire MA, Almazán-Fernández FM; Serrano-Falcón, C, et al. Phytophotodermatitis due to Ruta graveolens prescribed for fibromyalgia. *Rheumatology* (Oxford, England). 2009; 48 (11): 1401.
- Furniss D, Adams T. Herb of grace: An unusual cause of phytophotodermatitis mimicking burn injury. *J Burn Care Res*. 2007; 28 (5): 767-769.
- Wessner D, Hofmann H, Ring J. Phytophotodermatitis due to Ruta graveolens applied as protection against evil spells. *Contact dermatitis*. 1999; 41 (4): 232.
- Tasar R, Wiegand C, Elsner P. How irritant are n-propanol and isopropanol? - A systematic review. *Contact Dermatitis*. 2021; 84(1): 1-14.
- Guía para la elaboración a nivel local: Formulaciones recomendadas por la OMS para la desinfección de las manos. Organización mundial de la salud (OMS). Fecha de consulta: 10/07/22. Disponible online: https://www.who.int/gpsc/5may/tools/ES_PSP_GPSC1_GuiaParaLaElaboracionLocalWEB-2012.pdf

RUBOX

OXIMETAZOLINA 1%

Hace que sus pacientes se sientan más libres que nunca

REDUCE EL ERITEMA FACIAL PERSISTENTE POR VASOCONSTRICCIÓN CUTÁNEA



RÁPIDO CONTROL DEL ERITEMA.



SOSTENIDO EFECTO TERAPÉUTICO MANEJO EXITOSO DE LA ROSÁCEA POR 8 A 12 HS.



VISIBLE MEJORÍA EN 30 MINUTOS.

Activa los receptores adrenérgicos produciendo un efecto antiinflamatorio.

Inhibe la fagocitosis de neutrófilos.

Disminuye la síntesis de citocinas proinflamatorias.

TOLERABILIDAD GARANTIZADA

- Sin efecto rebote.
- Sin efectos secundarios.
- Sin taquifilaxia.

Cassará

Paniculitis lúpica como única manifestación de lupus eritematoso

Lupus panniculitis as the only manifestation of lupus erythematosus

Fecha de recibido: 19/08/22 / Fecha de aceptado: 03/09/22

Autores

/ Miraglia Eugenia¹
/ Ramallo Camila Anabel²
/ Dauria Florencia³
/ Gomez María Amalia³
/ Olivares Blanco Sofía³
/ Maradeo María Roxana⁴

Palabras claves

Paniculitis lúpica, lupus eritematoso profundo, lupus cutáneo.

Keywords

Lupus panniculitis; lupus profundus; cutaneous lupus erythematosus.

Resumen

La paniculitis lúpica es una forma infrecuente de lupus eritematoso cutáneo crónico, y representa del 2 al 3% del total de los pacientes con esta enfermedad. Clínicamente se caracteriza por la aparición de nódulos subcutáneos profundos o placas induradas dolorosas, localizadas en cara, región proximal de extremidades, tronco, región glútea y mamaria. Cuando se ubica en esta última región se denomina mastitis lúpica.

En ocasiones puede representar la primera o la única manifestación de lupus eritematoso. En estas circunstancias, el diagnóstico es difícil y requiere una adecuada correlación clínico-patológica. Presentamos un caso de paniculitis lúpica con compromiso de glúteos, muslos y región mamaria bilateral, como única manifestación de lupus eritematoso.

Abstract

Lupus panniculitis is an uncommon form of chronic cutaneous lupus erythematosus, representing 1 to 3% of all patients with this disease. Clinically, it is characterized by the appearance of deep subcutaneous nodules or painful indurated plaques, located on the face, proximal limbs, trunk, gluteal and mammary regions. When it is located in this last region it is called lupus mastitis. Sometimes it can represent the first or the only manifestation of lupus erythematosus. In these circumstances, the diagnosis is difficult and requires an adequate clinical-pathological correlation. We present a case of lupus panniculitis with involvement of the buttocks, thighs and bilateral mammary region, as the only manifestation of lupus erythematosus

Educandonos. 2022; 8 (3): 48-52.

¹ Médico especialista en dermatología de planta.

² Médica residente de dermatología de 3° año.

³ Médica concurrente de dermatología.

⁴ Médica especialista en dermatología y Jefa de servicio.

Servicio de Dermatología. Hospital Interzonal General de Agudos "General José de San Martín", La Plata, Buenos Aires, Argentina.

Correspondencia

Eugenia Miraglia.
E-mail: eugemiraglia9@gmail.com
Dirección: Calle 62 n°219 C.P. 1900.
La Plata, Buenos Aires, Argentina.
Teléfono: (0221) 483 6588

INTRODUCCIÓN

La paniculitis lúpica (PL) o lupus eritematoso profundo es una variante infrecuente de lupus eritematoso cutáneo crónico (LECC), y representa del 2 al 3% del total de los pacientes con esta enfermedad. Afecta con mayor frecuencia a mujeres de edad media y se caracteriza por la aparición de nódulos dolorosos recurrentes que dejan cicatrices e hiperpigmentación. Se localiza generalmente a nivel facial, región proximal de extremidades, tronco, región glútea y mamaria. Cuando se ubica en esta última región se denomina mastitis lúpica (ML).¹⁻² En ocasiones puede representar la primera o la única manifestación de lupus eritematoso (LE), lo que hace que el diagnóstico sea complejo y requiera una adecuada correlación clínico-patológica.¹ Presentamos un caso de PL con compromiso de glúteos, muslos y región mamaria bilateral, como única manifestación de LE.

CASO CLÍNICO

Paciente de sexo femenino, de 46 años de edad, con antecedente de hipertensión arterial y dislipemia, que consultó al Servicio de Dermatología por lesiones nodulares dolorosas en muslos, glúteos y mamas, de aproximadamente un año de evolución. Al examen físico presentaba múltiples nódulos distribuidos de forma simétrica en cara interna de muslos, glúteos y cuadrante superior externo de mamas, de consistencia dura, la mayoría con piel suprayacente normal y otros con leve eritema. Además, presentaba algunas cicatrices deprimidas e hiperpigmentación residual (Figs 1 y 2). Las lesiones eran dolorosas a la palpación. No presentaba compromiso mucoso, de cuero cabelludo ni del resto del tegumento, y no refería síntomas sistémicos. Con diagnóstico presuntivo de PL, se realizó una biopsia escisional de un nódulo para estudio histopatológico, que evidenció una epidermis indemne, y en el tejido celular subcutáneo (TCS) a nivel lobulillar, un proceso inflamatorio linfoplasmocitario con la formación de agregados y depósitos intersticiales hialinos (Fig. 3). Además se evidenció la presencia de mucina en dermis papilar (técnica azul alcian positiva). El cuadro fue compatible con PL. Se realizaron ecografías de partes blandas y mamaria, en las cuales se visualizaron múltiples imágenes quísticas en el espesor del TCS, apoyando el diagnóstico (Fig. 4). Se solicitó un laboratorio de rutina con estudio inmunológico, que arrojó un ANA 1/80 con anticuerpos anti Sm positivos. La paciente no presentó hasta el momento luego de 2 años de seguimiento signo-



Figura 1. Nódulos en cara interna de ambos muslos, cubiertos por piel normal y otros con leve eritema. Se observan además, cicatrices deprimidas.



Figura 3. Compromiso bilateral de las mamas con nódulos de consistencia dura.

sintomatología de lupus eritematoso sistémico (LES). Con el diagnóstico de PL, se realizó interconsulta al servicio de Reumatología y valoración por Oftalmología para inicio de hidroxicloroquina 200 mg cada 12 horas.

COMENTARIOS

La asociación de nódulos subcutáneos con LE fue descrita por primera vez por Kaposi en 1883, y en 1940 Irgang acuñó el término "paniculitis del lupus eritematoso". En 1956, Arnold describió cuatro casos en ausencia de lesiones discoides y lo denominó "lupus eritematoso de Kaposi-Irgang".² En la actualidad se utiliza el término PL para referirse a esta entidad.³ Afecta con mayor frecuencia a mujeres entre 30 y 60 años, lo que coincide con nuestra paciente. No obstante, puede ocurrir a cualquier edad e incluso se ha descrito en la infancia.^{1,2,4} Los pacientes con PL presentan otras manifestaciones de LECC en el 30-70% de los casos.¹ Los anticuerpos antinucleares son positivos en el 70%, pero solo el 25-50% cumplen con los criterios LES de la American Rheumatism Association/European League

La **paniculitis lúpica (PL)** se localiza generalmente a nivel facial, región proximal de extremidades, tronco, región glútea y mamaria.

Against Rheumatism (ACR/EULAR).⁴ Algunos autores indican que aquellos individuos con PL y LES, presentan un curso más leve de la enfermedad sistémica.⁴ La sospecha clínica de PL aislada es difícil, y se deben buscar otras manifestaciones de LE que apoyen el diagnóstico, aunque su ausencia no lo excluye. En una serie de 12 pacientes de González-Cruz *et al*, en 3 la PL fue la primera manifestación de LE y en 4 la única, tras un seguimiento de 5 a 15 años.¹ Nuestro caso, a pesar de tener anticuerpos antinucleares 1/80 con anti Smith (Sm) positivo, no reunía los criterios para el diagnóstico de LES ni presentó ninguna otra manifestación del mismo, luego de 2 años de seguimiento. Clínicamente se observan lesiones nodulares subcutáneas o placas induradas dolorosas, cubiertas por piel normal, eritematosa, o con lesiones de lupus eritematoso discoide (LED) en su superficie.²⁻⁴ Se localizan frecuentemente a nivel facial, región glútea, raíz de miembros, tronco y mamas. Pueden aparecer en zonas de traumatismos previos y el 28% se ulceran, ya sea de forma espontánea o luego de la realización de la biopsia.^{1,3,4} Cuando resuelven, dejan hiperpigmentación o cicatrices atróficas que pueden evolucionar a una verdadera lipoatrofia deformante, dato muy característico y que permite el diagnóstico retrospectivo. Es habitual la calcificación distrófica de lesiones antiguas.² Cuando las lesiones asientan en las mamas se denomina ML. La misma consiste en nódulos mal delimitados, con afectación unilateral o bilateral.² En el 44% de los casos las lesiones son dolorosas y en el 35% se observan cambios cutáneos.⁵

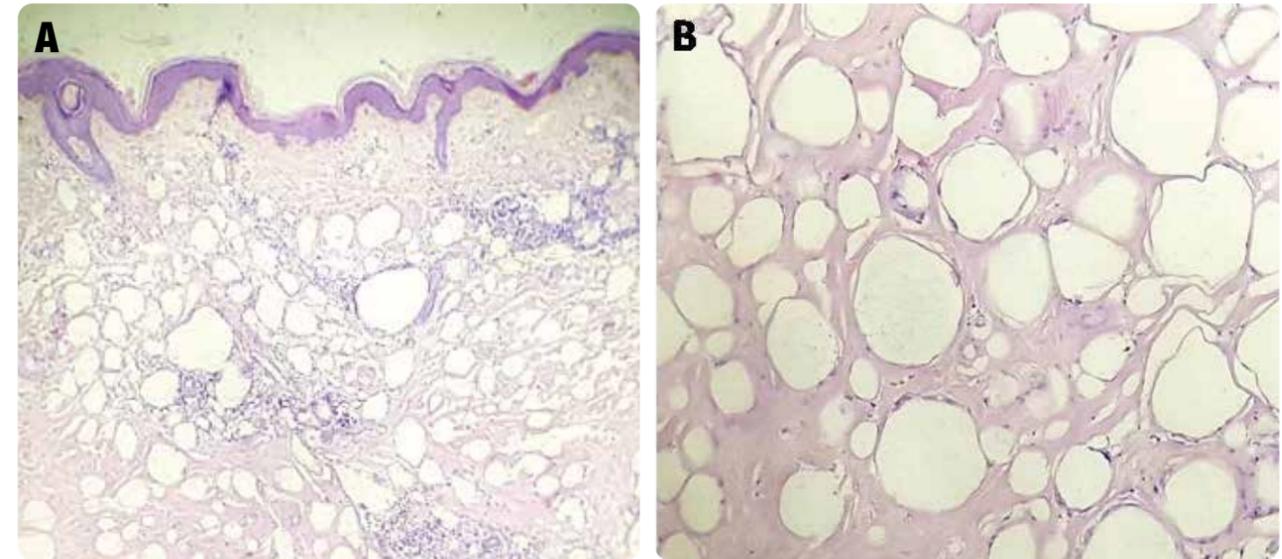


Figura 3. A. (H/E-10x) Proceso inflamatorio linfoplasmocitario con agregados hialinos en el tejido celular subcutáneo, a nivel lobulillar. B. (H/E-40x) Tejido adiposo maduro típico con áreas de desvitalización, y necrosis hialina de la grasa.

Sabaté *et al* presentó una paciente con LES, LED y PL que se manifestó con una masa en la mama izquierda, a diferencia de nuestro caso que la afectación fue bilateral y no tenía ninguna otra manifestación de LE.⁶ El estudio histopatológico es imprescindible para arribar al diagnóstico. Se observa una paniculitis lobulillar o mixta, con necrosis hialina y un infiltrado inflamatorio predominantemente de tipo linfocitario y plasmocitario.¹⁻² Otro hallazgo a destacar es la presencia de agregados linfoides simulando folículos y de mucina, como fue el caso de nuestra paciente.¹ Además, se puede encontrar vasculitis, calcificación, dermatitis de interfase, y si se realiza inmunofluorescencia directa un depósito de IgG, IgM y C3 en el 70%-80% de los casos.³ Los diagnósticos diferenciales que se plantean son con otras causas de paniculitis: paniculitis asociada a dermatomiositis, morfea profunda, paniculitis infecciosa, y especialmente con el linfoma subcutáneo de células T paniculítico (LSCTP).¹ Este último comparte múltiples similitudes clínicas e histológicas con la PL, y en el 20% de los casos se asocia a enfermedades autoinmunes, en especial el LE, lo que hace aún más complejo el diagnóstico. Los hallazgos más útiles para su diferenciación son: atipia linfocitaria con fenotipo citotóxico, Ki67 elevado, rimming adipocitario (adipocitos rodeados por linfocitos atípicos), ausencia de otros datos de LE y monoclonalidad en el reordenamiento génico del receptor de célula T.¹⁻² Además en el LSCTP no se observa fibrosis septal ni folículos linfoides con células B

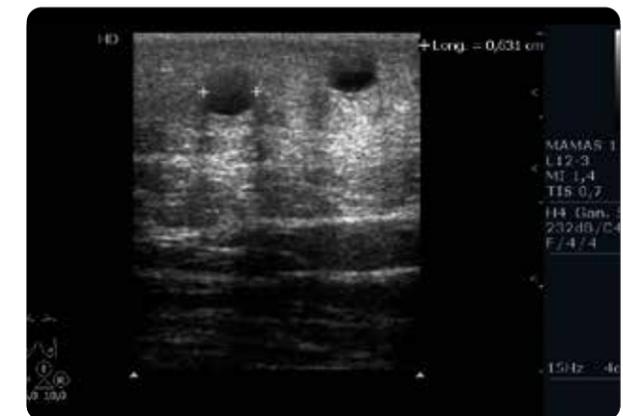


Figura 4. Ecografía mamaria: múltiples imágenes quísticas en el espesor del tejido celular subcutáneo.

y células plasmáticas.² Los diagnósticos diferenciales de ML incluyen: mastitis infecciosa, mastopatía diabética, mastitis granulomatosa idiopática, linfoma no Hodgkin y carcinoma inflamatorio de mama.^{2,7,8} Este último se debe descartar especialmente en mujeres con una masa mamaria unilateral de rápido crecimiento y afectación cutánea eritemato-violácea.⁵ La ecografía y mamografía incluso pueden presentar hallazgos que imiten malignidad como incremento de la densidad, nidos de calcificaciones confluentes distróficas y disminución de la talla de la mama por la fibrosis progresiva.⁸⁻⁹ El compromiso del tejido celular subcutáneo con múltiples quistes y edema en los estudios por imagen,

en el contexto de una paciente con lupus eritematoso orienta a favor de ML.⁷⁻⁹. Nuestra paciente al presentar compromiso mamario bilateral simétrico y de otras zonas del tegumento, hizo menos probable el diagnóstico de carcinoma. Sin embargo, una misma paciente puede presentar tanto ML como carcinoma mamario, debido a la relativa frecuencia del mismo, lo que hace aún más difícil el diagnóstico diferencial, como fue el caso de Barandiaran et ál.⁸ El tratamiento de elección son los antipalúdicos. El más empleado es la hidroxicloroquina, a dosis de 200 a 400 mg/día.² La respuesta suele ser satisfactoria, sin embargo las recurrencias son frecuentes si se suspende el fármaco.¹ Es recomendable adicionar al inicio dosis bajas de corticoides sistémicos en los casos más graves, cuando existen contraindicaciones para los antimaláricos o en pacientes con LES activo.¹⁻³ Se pueden utilizar corticoides tópicos oclusivos, pero los resultados no han sido alentadores.² En casos refractarios al tratamiento de primera línea, se ha descrito el uso de dapsona, ciclosporina, talidomida, inmunoglobulina endovenosa, rituximab, tacrolimus,

metotrexato o azatioprina.¹ La cirugía debe reservarse para pacientes con nódulos aislados dolorosos, sin respuesta al tratamiento médico, debido a que existe riesgo de ocasionar un nuevo brote.¹ En los pacientes con lipoatrofia severa, se puede plantear el lipofilling.^{2,10} Cuando las lesiones presentan calcificación distrófica, se ha propuesto el uso de tiosulfato sódico intralesional.^{1,11} Otros autores plantean en estos casos la administración de antagonistas cálcicos como diltiazem.²

Se presenta una patología sumamente infrecuente, como única manifestación de lupus eritematoso en una paciente sin diagnóstico previo. El diagnóstico de paniculitis lúpica en esta situación requiere de una adecuada correlación clínico-patológica. En cuanto al compromiso mamario, la mastitis lúpica puede imitar otras patologías como el cáncer de mama, por lo que los estudios por imagen en ocasiones pueden constituir una herramienta útil además de la histología para arribar al diagnóstico. Se destaca además, la necesidad del seguimiento a largo plazo para detectar otras manifestaciones de lupus eritematoso.

Referencias

- González-Cruz C, Aparicio-Español G, Ferrer-Fàbrega B, Cabezas-Calderón V, García-Patos-Briones V. Paniculitis lúpica: características clínico-patológicas de una serie de 12 pacientes *Med Clin (Barc)*. 2018; 151(11):444-449.
- Lammoglia-Ordiales L, Kresch-Tronik N, Arenas-Guzmán R, Vega-Memije E. Lupus eritematoso profundo. Revisión de la bibliografía. *Dermatología CMQ*. 2010; 8 (1): 33-38.
- Palencia-Pérez SI, López-Gómez S, Vanaclocha-Sebastián F, Rodríguez-Peralto JL, Iglesias-Díez L. Paniculitis lúpica asociada a lupus eritematoso sistémico. *Actas Dermosifiliogr*. 2002; 93(3):181-183.
- Zhao YK, Wang F, Chen WN, Xu R, et al. Lupus panniculitis as an initial manifestation of systemic lupus erythematosus: a case report. *Medicine*. 2016; 95(16):e3429.
- Voizard B, Lalonde L, Sanchez LM, Richard-Chesnay J, et al. Lupus mastitis as a first manifestation of systemic disease: About two cases with a review of the literatura. *Eur J Radiol*. 2017; 92: 124-131.
- Sabaté JM, Gómez A, Torrubia S, Salinas T, et al. Lupus panniculitis involving the breast. *Eur Radiol*. 2006; 16: 53-56.
- Warne RR, Taylor D, Segal A, Iris A. Lupus mastitis: a mimicker of breast carcinoma. *BMJ Case Reports*. 2011; bcr1120115066.
- Barandiaran KE. Mastitis lúpica. Presentación de un caso. *Rev Esp Patol*. 2009; 42 (2): 151-154.
- Khodashahi M, Azaminasab AS, Khodashahi R, Sarjamee S. Lupus mastitis as an early presentation of systemic systemic lupus erythematosus. *JCRP*. 2017; 5(4): 36-38.
- Polivkaa L, Revola M, Battistellaa M, Bacheleza H. Lipofilling: A New Therapeutic Option for the Treatment of Lupus Panniculitis-Induced Atrophy. *Case Rep Dermatol*. 2016; 8: 323-326.
- Gunasekera NS, Maniar LEG, Lezcana C, Laga AC, et al. Intralesional Sodium Thiosulfate Treatment for Calcinosi Cutis in the Setting of Lupus Panniculitis. *JAMA Dermatol*. 2017; 153(9): 944-945.

“ Aquel que duda y no investiga, se torna no sólo infeliz, sino también injusto ”

Pascal

CLIDAN LOCIÓN

INNOVACIÓN EN EL CONTROL DEL ACNÉ

XYLITOL
INHIBE EL BIOFILM DE C. ACNES

CLINDAMICINA

NIACINAMIDA
RESTAURA BARRERA CUTÁNEA



CLINDAMICINA
XYLITOL
NIACINAMIDA

ASOCIACIÓN DE ACTIVOS PARA PONER FIN A LA RESISTENCIA BACTERIANA



Human
Microbiome

Cassará

Signo de bote como primera manifestación de un molusco contagioso solitario

Autores

/ Ferrea María Victoria¹
/ Ramos Jhovana²
/ Buoro Cintia³
/ Perez Gabriela⁴
/ Roberto Glorio⁵
/ Carbia Sergio⁶

Palabras claves

*Molusco contagioso,
Signo de BOTE.*

Keywords

*Molluscum contagiosum,
BOTE sign.*

Bote sign as the first manifestation of a solitary molluscum contagiosum

Fecha de recibido: 03/05/22 / Fecha de aceptado: 31/07/22

Resumen

El molusco contagioso ocasionalmente puede inflamarse e inducir a error en los profesionales, al interpretar dicho cuadro como sobreinfección bacteriana, lo que conlleva a un inadecuado inicio de tratamiento antibiótico. Presentamos un caso de molusco contagioso doloroso y solitario como primera manifestación clínica, interpretado como inflamación secundaria a la respuesta inmune del huésped al virus. Al respecto, se ha propuesto el acrónimo "BOTE" (*Begginning Of The End* o signo del principio del fin) para explicar dicha evolución.

Abstract

Molluscum contagiosum can occasionally become inflamed and mislead professionals, interpreting it as a bacterial superinfection, which leads to an inadequate start of antibiotic treatment. We present a case of painful and solitary molluscum contagiosum as the first clinical manifestation, interpreted as inflammation secondary to the host's immune response to the virus. In this regard, the acronym "BOTE" (*Begginning Of The End* or sign of the beginning of the end) has been proposed to explain this evolution.

Educandonos. 2022; 8 (3): 54-56.

¹ Residente

² Concurrente

³ Jefe de Residentes

⁴ Médica de Planta. Servicio de Anatomía Patológica

⁵ Profesor Regular Adjunto. Subdirector de la Carrera de Especialistas en Dermatología

⁶ Jefe de Servicio. Director de la Carrera de Especialistas en Dermatología

**Servicio de Dermatología. Hospital General de Agudos "José María Penna",
Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA), Argentina.**

INTRODUCCIÓN

El molusco contagioso (MC) es una infección viral autolimitada frecuente de la piel. El curso de la enfermedad puede incluir eritema, edema, dolor y aparición de pus que hacen sospechar una infección bacteriana. Sin embargo, estos signos de inflamación representan una **reacción inflamatoria del sistema inmune del paciente al virus**, que suele preceder a la resolución de la enfermedad, y no requieren de tratamiento antibiótico.^{1,2}

Presentamos un caso de una paciente con molusco contagioso con la finalidad de destacar la importancia de la inflamación como una variante esperada en la evolución de la enfermedad. Para explicar esta situación, se ha propuesto el acrónimo "BOTE" (*Begginning Of The End* o signo del principio del fin).¹

CASO CLÍNICO

Una paciente de sexo femenino de 49 años consultó por una lesión cutánea pruriginosa y dolorosa en antebrazo derecho de un mes de evolución. **Examen físico:** Pápula eritematosa, cupuliforme, con umbilicación central, de aproximadamente 5 mm de diámetro, rodeado de un tenue halo eritematoso periférico ubicado en cara anterior de antebrazo derecho (Fig. 1). No se observó lesiones similares en el resto del examen físico. **Dermatoscopia:** Estructuras polilobulillares amarillas con orificio central y vasos en corona en la periferia (Figs. 2 y 3). **Histopatología:** Con tinción de hematoxilina y eosina, evidenció la presencia de células epidérmicas formando lóbulos que contenían cuerpos de molusco, asociado a un denso infiltrado inflamatorio dérmico a predominio mononuclear, con numerosos linfocitos y aislados polimorfonucleares. (Fig. 4). **Interpretación diagnóstica:** Molusco contagioso en regresión.

COMENTARIOS

El MC es una infección cutánea común producida por un virus de la familia *Poxviridae* que se manifiesta usualmente con pápulas umbilicadas color piel.^{1,3} **Se considera una enfermedad autolimitada** que suele durar de 6 a 18 meses en pacientes inmunocompetentes. A pesar de su resolución espontánea, los pacientes a menudo buscan tratamiento para erradicar la infección, ya sea por cuestiones cosméticas o, como en nuestro caso, por dolor.³ Cuando el curso de la **infección viral incluye lesiones eritematosas, costrosas y dolorosas al tacto**, que hacen sospechar una infección



Figura 1. Pápula cupuliforme rodeada de eritema en antebrazo derecho.

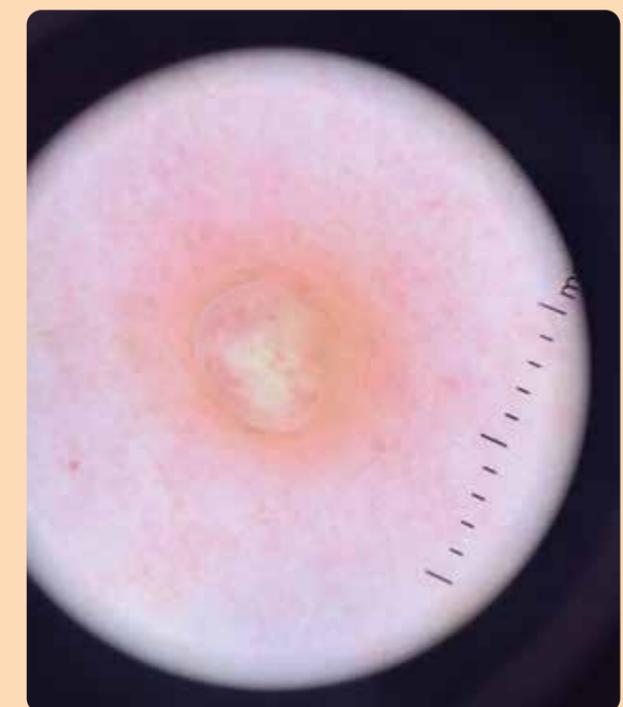


Figura 2. Dermatoscopia: imagen panorámica del MC donde se aprecia el importante eritema perilesional (DermLite DL4, 3Gen Inc, San Juan Capistrano, California, USA).

Correspondencia

María Victoria Ferrea
E-mail: victoriaferrea@hotmail.com
Dirección: Pedro Chutro 3380, CABA,
Argentina.
Teléfono: (+54 11) 491 5555

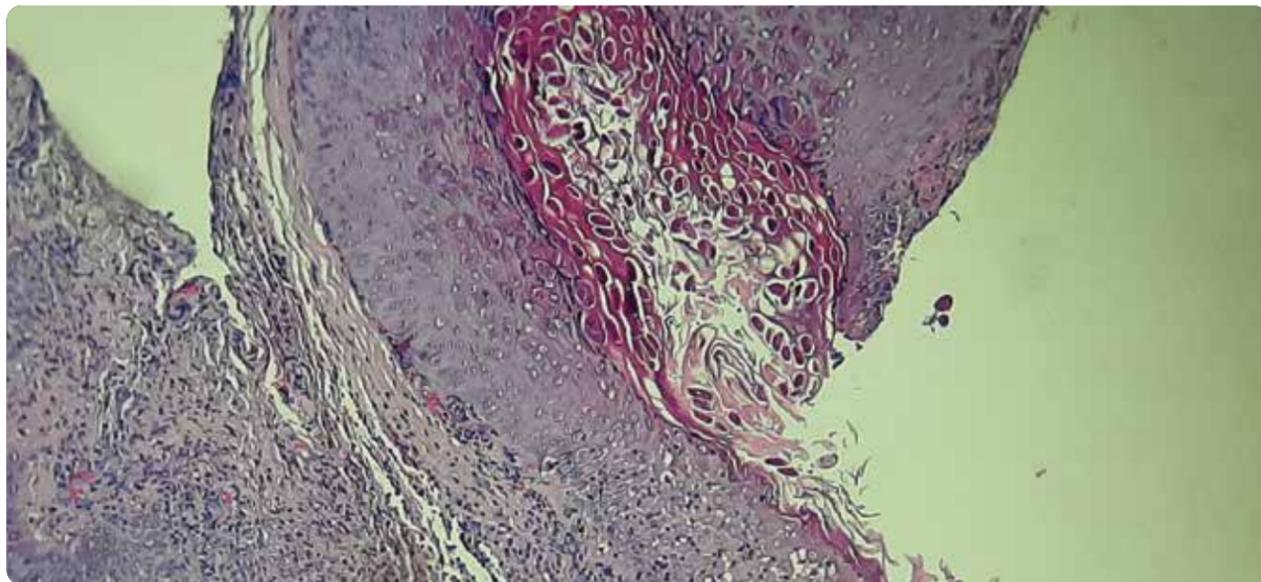


Figura 4. (H-E, 40X) Células epidérmicas formando lóbulos que contienen cuerpos de molusco (a la derecha de la imagen), asociado a un denso infiltrado inflamatorio dérmico a predominio mononuclear, con numerosos linfocitos y aislados polimorfonucleares (a la izquierda de la imagen).



Figura 3. Dermatoscopia: a mayor detalle se evidencian estructuras polilobulillares con orificio central y vasos en corona en la periferia, compatible con molusco contagioso (DermLite DL4. 3Gen Inc, San Juan Capistrano, California, USA).

bacteriana secundaria, los profesionales tienden a recomendar antibióticos tópicos e incluso sistémicos y, ocasionalmente, drenaje del sitio infectado. De ahí la importancia del conocimiento del signo de BOTE. Esta hipótesis inflamatoria de origen no infeccioso está confirmada por la presencia de cultivos bacterianos negativos en muestras de MC inflamado.^{1,2,4} A nivel histopatológico se observa, alrededor del cuerpo del molusco, un denso infiltrado inflamatorio a predominio mononuclear.⁵ Dicho infiltrado inflamatorio predomina en los sitios donde la cantidad de cuerpos de moluscos son bajas o donde ha desaparecido el efecto citopático por el virus. En ocasiones, se ha descrito la presencia de células dendríticas plasmocitoides perilesionales. Todos estos hallazgos histopatológicos se correlacionan con el período de resolución del MC.⁶ Concluimos en la importancia de conocer este signo para prevenir el uso inadecuado de antibióticos, en especial cuando la lesión es única y puede plantearse el diagnóstico diferencial con piodermitis.

Referencias

- Butala N, Siegfried E, Weissler A. Molluscum BOTE sign: a predictor of imminent resolution. *Pediatrics*. 2013; 131: e1650-e1653.
- Gross I, Ben Nachum N, Molho-Pessach V, Weiser G, et al. The molluscum contagiosum BOTE sign-infected or inflamed? *Pediatr Dermatol*. 2020; 37: 476-479.
- Meza-Romero R, Navarrete-Dechent C, Downey C. Molluscum contagiosum: an update and review of new perspectives in etiology, diagnosis, and treatment. *Clin Cosmet Investig Dermatol*. 2019; 12: 373-381.
- Sil A, Bhanja DB, Chandra A, Biswas SK. BOTE sign in molluscum contagiosum. *BMJ Case Rep*. 2020; 13: e239142.
- Grayso W, Calonje E. Infectious diseases of the skin. En: Calonje E, Brenn T, Lazar A, Billings S. *McKee's Pathology of the skin with clinical correlations*. Elsevier, China, 2020: 853-855.
- Vermi W, Fisogni S, Salogni L, Schärer L, et al. Spontaneous regression of highly immunogenic molluscum contagiosum virus (MCV)-induced skin lesions is associated with plasmacytoid dendritic cells and IFN-DC infiltration. *J Invest Dermatol*. 2011;13: 426-434.

BIOZINC D

VITAMINA C 500mg • VITAMINA D₃ 10mcg • ZINC 25mg

TRIPLE REFUERZO INMUNOLÓGICO



- ANTIVIRAL
- ANTIOXIDANTE
- ANTIINFLAMATORIO
- CICATRIZACIÓN DE HERIDAS



Cassará

Vocación científica. Compromiso social.

Síndrome similar a lupus eritematoso cutáneo en paciente tratado con Adalimumab

Cutaneous lupus erythematosus-like syndrome in a patient treated with adalimumab

Fecha de recibido: 04/08/22 / Fecha de aceptado: 24/09/22

Autores

/ Server Sara¹
/ Abud Virginia²
/ Romero Chapero Andrea³
/ Piccirilli Gustavo⁴
/ Molteni Ana⁵

Palabras claves

Lupus inducido por drogas, lupus eritematoso inducido por fármacos.

Keywords

Lupus induced by drugs, drug-induced lupus erythematosus.

Resumen

El lupus inducido por fármacos es un síndrome que presenta signos y síntomas acompañados de determinaciones analíticas similares al lupus eritematoso sistémico luego de la exposición a un fármaco. Muchas son las drogas implicadas, entre ellas se destacan los agentes biológicos ya que en los últimos años se ha visto un aumento en su uso terapéutico no solo para enfermedades reumatológicas sino también para afecciones dermatológicas. Presentamos el caso de un masculino de 56 años que desarrolla dicha patología luego de comenzar tratamiento de psoriasis con adalimumab.

Abstract

Drug-induced lupus is a syndrome that presents signs and symptoms accompanied by laboratory determinations similar to systemic lupus erythematosus after exposure to a drug. There are many drugs involved, among them biological agents stand out since in recent years there has been an increase in their therapeutic use not only for rheumatological diseases but also for dermatological conditions. We present the case of a 56-year-old male who developed this pathology after beginning treatment for Psoriasis with Adalimumab.

Educandonos. 2022; 8 (3): 58-63.

¹ Médico cursista de 3° año de dermatología.

² Médico cursista de 1° año de dermatología.

³ Médico cursista de 2° año de dermatología.

⁴ Coordinador de la carrera de dermatología.

⁵ Directora de la carrera de dermatología y Jefa de Servicio.

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

INTRODUCCIÓN

No existen definiciones uniformemente aceptadas de **lupus inducido por fármacos (DIL)**. Las características principales son una reacción farmacológica mediada inmunológicamente, de “tipo B” con clínica similar al lupus eritematoso sistémico (LES) que se asocia temporalmente con una exposición al fármaco y que se resuelve después de su eliminación¹. Hasta el 10% de los casos de LES son inducidos por fármacos. El DIL, al igual que el lupus idiopático, se puede dividir en sistémico, cutáneo subagudo y cutáneo crónico². Se han asociado más de 100 medicamentos, la hidralazina y la procainamida siguen siendo los fármacos de mayor riesgo. Sin embargo, la nueva era de los moduladores biológicos se han asociado cada vez más a DIL, anti-TNF α , citocinas e interferones.

El hallazgo de anticuerpos antihistona en ausencia de otros autoanticuerpos sugiere fuertemente que un fármaco es el responsable, sin embargo, el “estándar de oro” en el diagnóstico es la resolución espontánea de la enfermedad dentro de 1 a 7 meses después de que se suspendió el mismo¹. Se describe el caso de un paciente en tratamiento con adalimumab que presenta cuadro interpretado como DIL ya que reúne los criterios diagnósticos propuestos en la literatura.

CASO CLÍNICO

Paciente de sexo masculino, de 56 años de edad que inicia sus controles en nuestro servicio por **psoriasis cutánea severa y artritis psoriásica** de 25 años de evolución. Como antecedentes patológicos refiere haber recibido múltiples terapias tópicas para tratar su dermatosis durante 18 años y ante la presencia de artritis, agregó metotrexate durante 1 año, el cual suspendió por decisión propia, tras obtener mejoría de ambas afecciones. Al inicio de nuestros controles presenta en los exámenes clinimétricos PASI: 28, DAS28: 2,57 y DLQI: 12, por lo que se decide retomar metotrexate. Al no lograr el control de la patología luego de 3 meses, se rota a Adalimumab a dosis según prospecto para psoriasis cutánea. Tras 2 meses de tratamiento con Adalimumab, el paciente logra un aclaramiento total de sus lesiones (Δ PASI 100) y control de su artropatía.

Ocho meses después agrega en región frontal y mejillas, placas infiltradas, eritematosas, asintomáticas (Figs 1-3). Sin síntomas sistémicos. Se realizan exámenes



Figura 1. Placas infiltradas, eritematosas en mejillas y frente.

“ Si deseas ser feliz, debes resignarte a ver a otros felices ”

Bertrand Russell

Correspondencia

Server Sara.
E-mail: saraserver988@gmail.com
Dirección: Urquiza 3101, Rosario, Santa Fe, Argentina.
Teléfono: (0341) 430 7185

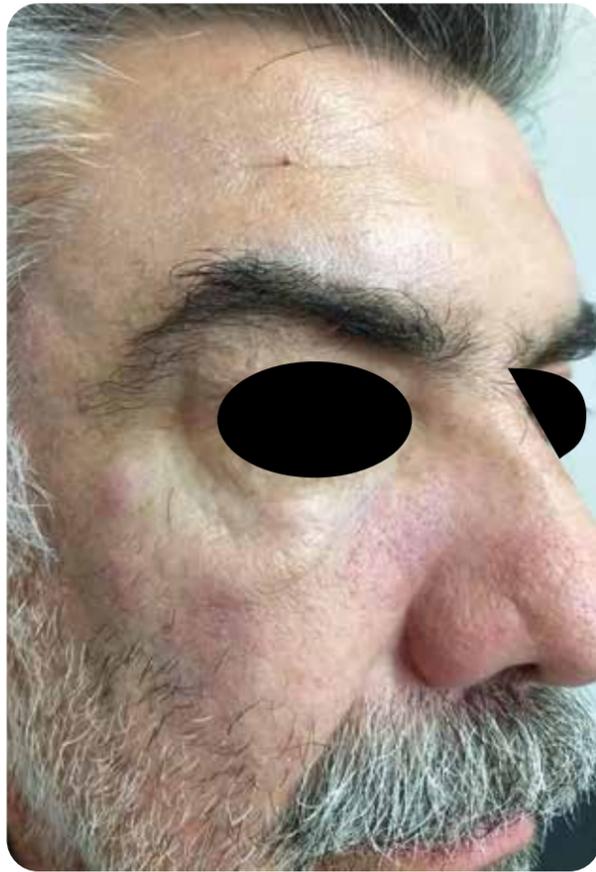


Figura 2. Lesiones en mejilla.



Figura 3. Lesiones a mayor cercanía en mejilla izquierda y frente de rostro.

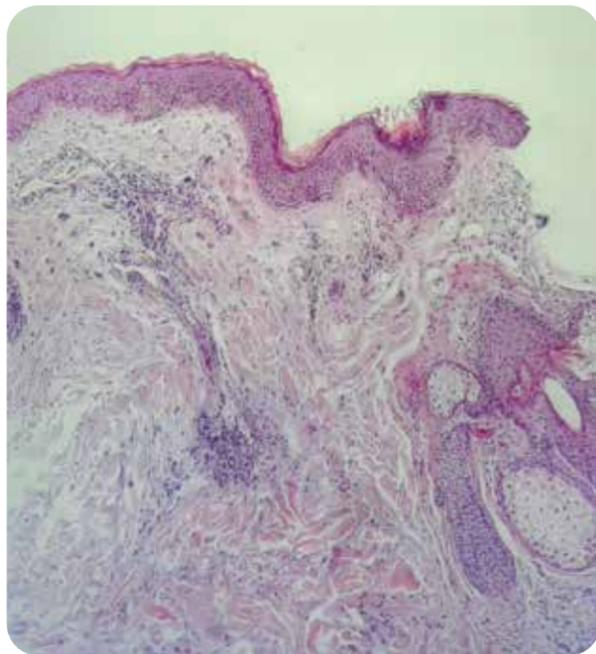


Figura 4. (H/E-4x) Se observa epidermis con espesor conservado, hiperqueratosis, focal vacuolización de la capa basal y engrosamiento de membrana basal.

complementarios: Laboratorio de rutina sin alteraciones, inmunológico: FAN: 1/640 (moteado fino), Anti DNA (-), AntiRo (+), AntiLa (-), AntiHistonas (-), C3, C4 y CH50: sin alteraciones. En la histopatología se observa epidermis con espesor conservado, leve hiperqueratosis, focal vacuolización de la capa basal y leve engrosamiento de membrana basal. En dermis se observa infiltrado inflamatorio mononuclear, perivascular y perianexial. A mayor aumento, se constata escasa cantidad de mucina intersticial. (Figs 4-6) Se asume el cuadro como Lupus cutáneo inducido por adalimumab, se decide suspensión, se indica corticoide tópico, protección solar y se reinicia metotrexate como terapia alternativa ya que es un fármaco útil en ambas patologías, de forma transitoria hasta que se pudo comenzar con secukinumab con la cual continúa actualmente, logrando control de lesiones faciales y descenso de los títulos de FAN en 2 meses.

AXNE

XYLITOL

ADAPALENO

NIACINAMIDA

ÚNICA ASOCIACIÓN DE ADAPALENO QUE RESTAURA LA BARRERA CUTÁNEA E INHIBE EL BIOFILM DE C. ACNES



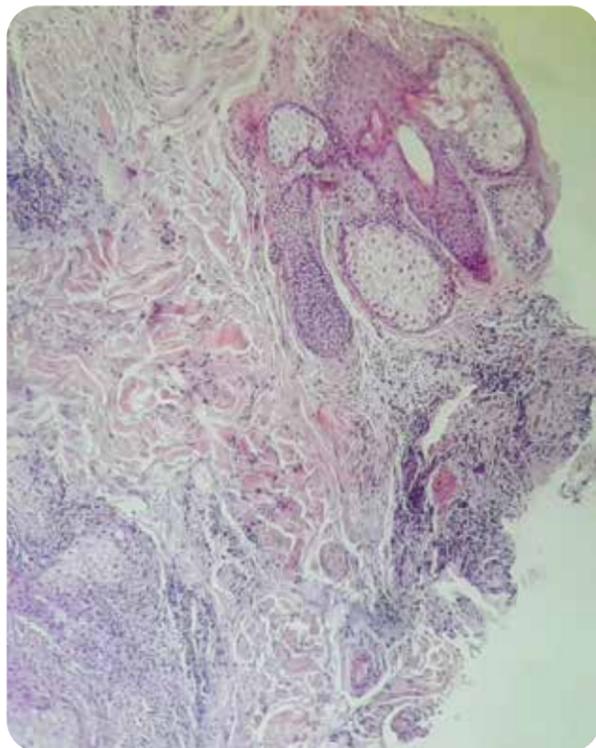


Figura 5. (H/E-10x) En dermis se observa infiltrado inflamatorio mononuclear, perivascular y perianaxial.

COMENTARIOS

Al igual que con el lupus idiopático, los medicamentos activan el lupus en personas genéticamente predispuestas, el estado de acetilador lento también es un factor de riesgo descrito para DIL. La exposición requerida generalmente varía de 1 a 3 años³. Para un diagnóstico precoz se han propuesto un conjunto de criterios: al menos un criterio serológico de LES como ANA o anti-dsADN; al menos un criterio no serológico, como artritis, sorositis, trastorno hematológico y erupción malar; una relación temporal entre los síntomas y el inicio de la terapia anti-TNF- α . Sin embargo, al día de hoy, no hay unificación de criterios⁴. Se han notificado DIL por anti-TNF para infliximab, adalimumab, certolizumab pegol, golimumab y etanercept. Clínicamente en el DIL sistémico se suele observar erupción tipo purpúrica, eritematosa y/o papular, dolor articular, mialgias, menos frecuente pleuresía, pericarditis, fiebre, entre otras¹. El ANA en el DIL tiende a tener un patrón homogéneo, los anticuerpos antihistonas se encuentran en un 75%, pero no es específico, dirigidos contra las subunidades H2A y H2B. DIL tiende a caracterizarse por niveles normales

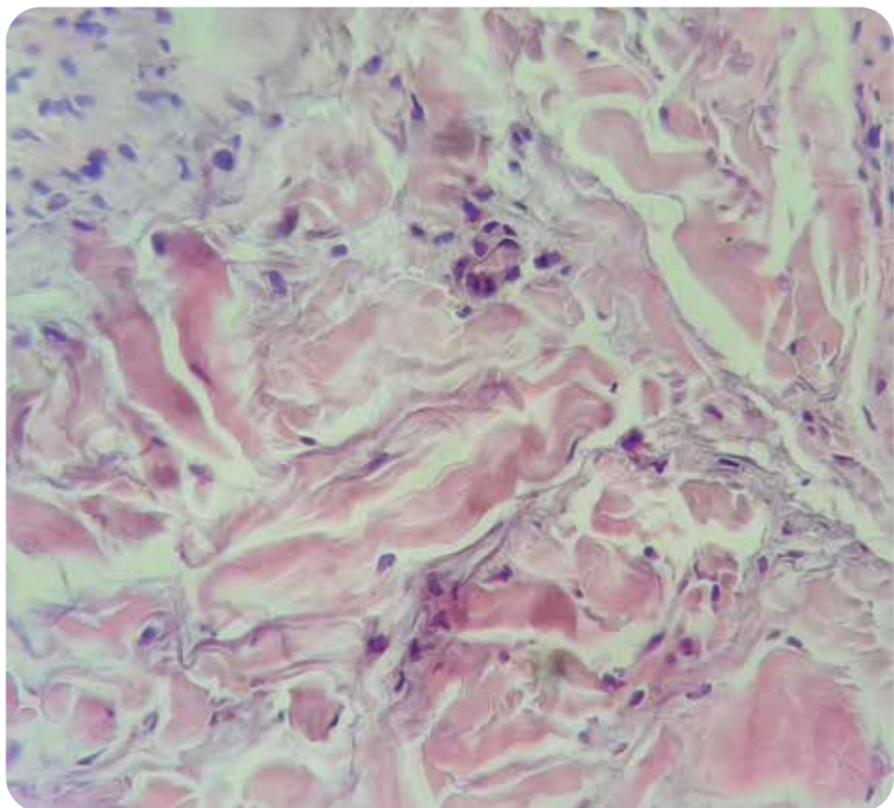


Figura 6. (H/E-40x) Se observa mejor el infiltrado inflamatorio y además escasa cantidad de mucina intersticial.

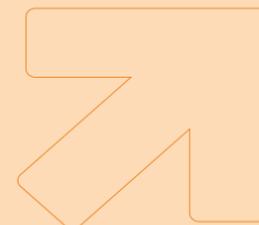
de complemento, sin embargo, una revisión reciente informó una ocurrencia más frecuente de niveles bajos de complemento en DIL relacionado con anti-TNF α ⁵. Aunque la mayoría de los síntomas resuelven en pocas semanas de discontinuado el fármaco, ocasionalmente los pacientes pueden tardar hasta 1 año en recuperarse por completo⁶. Es importante destacar que la afectación cutánea en el DIL por anti-TNF tiene una incidencia mayor que en DIL clásico e incluye exantema malar, fotosensibilidad y manifestación cutánea subaguda/crónica de Lupus eritematoso^{7,8}. A medida que aumenta la frecuencia de uso de agentes biológicos asociados con DIL, el dermatólogo debe sospechar dicha patología, teniendo en cuenta que la presencia de autoanticuerpos no es específico y que el diagnóstico se confirma con la mejoría signo sintomatológica al suspender el

fármaco ofensor el cual debe realizarse rápidamente ya que es considerado el tratamiento gold estándar, con excelente evolución clínica en la mayoría de los casos como en nuestro paciente. En varios artículos se evidencia que no habría dificultad en rotar a otro anti-TNF, pero generalmente se trata de pacientes con artritis reumatoidea o enfermedad inflamatoria intestinal, donde no hay muchas opciones terapéuticas en la actualidad. En nuestro caso, teniendo en cuenta que hay otras opciones como son las anti-interleuquinas, las cuales actúan mediante otro mecanismo de acción, se optó por este fármaco, observando así excelentes resultados terapéuticos en nuestro paciente, con descenso de títulos de FAN y control tanto de las lesiones faciales, como de su enfermedad de base.

Referencias

1. Dooley MA. Drug-Induced Lupus. In: *Systemic Lupus Erythematosus*. Academic Press editado por George C. Tsokos, 1st edition, 2016: 473-479.
2. Borchers AT, Keen CL, Gershwin ME. Drug-induced lupus. *Ann N Y Acad Sci*. 2007;1108(1108): 166-182.
3. Flesher DL, Sun X, Behrens TW, et al. Recent advances in the genetics of systemic lupus erythematosus. *Expert Rev Clin Immunol*. 2010;6(3): 461-479.
4. Shovman O, Tamar S, Amital H, Watad A, et al. Diverse Patterns of Anti-TNF- α -Induced Lupus: Case Series and Review of the Literature. *Clin Rheumatol*. 2018; 37(2): 563-568.
5. Rubin RL, Bell SA, Burlingame RW. Autoantibodies associated with lupus induced by diverse drugs target a similar epitope in the (H2A-H2B)-DNA complex. *J Clin Invest*. 1992; 90(1):165-173.
6. Richardson BC. Drug-Induced Lupus Erythematosus. In: *Dubois' Lupus Erythematosus and Related Syndromes*. Elsevier, 9th edition, 2018: 377-388.
7. Costa MF, Said NR, Zimmermann B. Drug-Induced Lupus Due to Anti-Tumor Necrosis Factor α Agents. *Semin Arthritis Rheum*. 2008; 37(6): 381-387.
8. Ramos-Casals M, Brito Zeron P, Muñoz S, Soria N, et al. Autoimmune Diseases Induced by TNF-Targeted Therapies: Analysis of 233 Cases. *Medicine*. 2007; 86(4): 242-251.

JORNADAS DE EDUCACIÓN MÉDICA CONTINUA



CURSO ONLINE ASINCRONICOS

“DERMATOPATOLOGÍA PEDIÁTRICA”.

- Directora: Dra. Gabriela Perez e invitados especiales.

“DERMATOPATOLOGÍA: PATOLOGÍA TUMORAL CUTÁNEA”.

- Directora: Dra. Gabriela Perez e invitados especiales.

“PATRONES INFLAMATORIOS CUTÁNEOS”.

- Directora: Dra. Gabriela Perez e invitados especiales.

“CONOCIMIENTO Y GESTIÓN DE BIOPELÍCULAS”.

- Directora: Dra. Alicia Farinati.



**EL EMOLIENTE PLUS
QUE INHIBE EL BIOFILM DE S. AUREUS
Y RESTAURA BARRERA CUTÁNEA**



LÍNEA **Atopix**

